



Tesis doctoral

**Implantación y evaluación de una estrategia interactiva de Práctica Basada
en la Evidencia en alumnos de Enfermería**

Presentada por Desirée Mena Tudela

Directora de tesis: Doctora María Isabel Orts Cortés

Unidad Predepartamental de Enfermería

Universitat Jaume I. 2015

“Estudiar no es un acto de consumir ideas, sino de crearlas y recrearlas”

Paulo Freire

*“El secreto del cambio es enfocar toda tu energía no en luchar contra lo viejo, sino en
construir lo nuevo”*

Sócrates

“El aprendizaje es experiencia. Todo lo demás es sólo información”

Albert Einstein

Agradecimientos

No sé muy bien cómo empezar estos agradecimientos... simplemente se me ocurre decir gracias, gracias y gracias a toda aquella gente que ha hecho posible que este proyecto salga adelante. Aunque este propósito suponga un reto profesional, académico, no deja de implicar y de tener impacto directo en la vida personal de quien lo ejecuta, por ello empezaré por a dar las gracias por esta vertiente de mi vida.

A mis padres, por traerme a este mundo y apoyarme en mis decisiones a lo largo de mi vida. Mamà, sense tu haguera segut impossible dur aquest projecte endavant; pel teu suport, les teues hores cuidant a Noah i la teua implicació animant-me quan més decaiguda estava, a més de suportar algun que altre enfado, Gràcies.

A les meues germanes, perquè formeu part de la meua vida i perquè no seria qui sóc hui sense vosaltres. Però sobre tot a tu, Cristina (Bob), perquè eres especial, perquè t'estime, perquè amb la teua frescor me recordes cada dia que no es pot anar amb una cuirassa per la vida, degut a que la vida es açò que passa ara ací entre nosaltres i no la resta que ens envolta. A la meua neboda, Uxue, perquè has aconseguit traure un somriure a la tia en les seves hores baixes, Gràcies rubieta!

A Julián, el meu motor... no sé ni que dir-te, m'has fet millor persona. Te conec des fa molts anys i cada dia veig que eres la persona amb la que continue volent compartir aquesta vida. Gràcies pel teu suport d'aquests últims difícils anys, difícils per als dos tant a nivell professional amb tots els canvis patits, com a nivell personal per tindre que sortejar cada obstacle per a eixir recompostos. Gràcies, per últim, per a aquest preciós homenet que compartim, Noah.

A Noah, “Cuando te acaricié me di cuenta de que había vivido toda mi vida con las manos vacías” (Alejandro Jodorowsky). Perdón por el tiempo que hemos sacrificado, pero que nunca he dejado de compartir contigo. Gracias por tu impaciencia innata, por tu exigencia infantil, por tus gritos pidiendo que te atendiera ya porque me necesitabas, por tus risas cuando apenas te miraba y por tus dibujos repartidos por todos los artículos y papeles que he utilizado para la elaboración de esta tesis. Sin ti no me hubiera dado cuenta nunca que los sueños se cumplen aquí y ahora, gran lección me has dado siendo tan pequeño. Gracias por darme el placer de ser tu Mami.

A Alex y Susana, porque aunque sentimos la enfermería de diferente forma, la entendemos en el mismo camino y ello nos ha llevado a unirnos de tal manera que hoy nuestra amistad es un preciado tesoro.

A mis compañeros de Quemados, porque siempre creísteis en mi, Gracias Andrés, Luis, M^a José Pérez, Amparo Esteban, Carmen Mayordomo, Pepa García, Pepa Sales, Lola Rodríguez, Fátima y Paqui. Gracias de verdad.

A veces hay una ligera línea entre lo personal y lo profesional, línea que sin duda has atravesado y que agradezco que lo hayas hecho para ser hoy mi amigo, Gracias Víctor. Sabes que te aprecio, que sin ti este proyecto tal vez hubiera sido, pero no hoy, sino más adelante. Por tus ánimos, por tu empuje, por tu envío constante de artículos, por preguntar quince veces por semana “¿Com va això?” porque sin ti detrás esto se hubiera demorado y tal vez, nunca hubiera existido. Alrededor de esta línea a la que me refiero siguen Águeda y Pablo, gracias a vosotros también por acompañarme en este camino.

A Joaquín Moncho por sus aportaciones y su apoyo incondicional en la revisión del análisis estadístico de esta tesis.

A mis compañeros de la Unidad Predepartamental de Enfermería, a los que están, a los que se fueron y a los que el destino no les permitió seguir su andadura.

A mi directora de Tesis, Gracias Isabel por aceptar dirigir este proyecto, por permitirme seguir siendo como soy y por permitirme trabajar como a mí me gusta; además de preguntar siempre primero “¿Cómo estás?”.

Gracias, gracias y gracias a todos vosotros.

Índice

Resumen.....	1
1 Marco teórico.....	5
1.1 Introducción.....	7
1.2 Educación en el Espacio Europeo de Educación Superior.....	9
1.2.1 El Proceso de Bolonia.....	9
1.2.2 El Proyecto Tuning.....	12
1.2.2.1 Competencias específicas en Enfermería.....	17
1.2.3 Implantación del Proceso de Bolonia al Sistema Educativo Superior Español..	19
1.2.3.1 El caso del Grado en Enfermería.....	21
1.2.4 El Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I.....	25
1.2.4.1 El nacimiento del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I.....	25
1.3 Competencias en Investigación y Práctica Basada en la Evidencia en Enfermería..	29
1.3.1 GAP Teoría-Práctica.....	32
1.4 La enseñanza de la Práctica Basada en la Evidencia en el contexto educativo.....	34
1.4.1 Dificultades de la Práctica Basada en la Evidencia en Enfermería. ⁴²	35
1.4.1.1 Definición de Dificultades.....	36
1.4.1.2 Niveles de dificultades.....	37
1.4.1.3 Dificultades para encontrar y acceder a la investigación.....	37
1.4.2 Marcos teóricos de implantación de la Práctica Basada en la Evidencia.....	46
1.4.3 Innovación educativa a propósito de la Práctica Basada en la Evidencia.....	55

1.4.4	Evaluación de la competencia de la Práctica Basada en la Evidencia.....	57
1.4.5	La transversalidad de la Investigación en el Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I.....	60
1.5	Evaluación de la competencia. Herramientas.	69
1.5.1	Herramientas desarrolladas con el EEES.	71
1.5.1.1	Las carpetas de aprendizaje.....	71
1.5.1.2	El Aprendizaje Basado en Problemas.	72
1.5.1.3	La simulación en Enfermería.	72
1.5.1.4	El diario reflexivo como herramienta.....	73
1.5.2	Objetivando la evaluación.	73
1.5.2.1	Evaluación a través de Check-list.	73
1.5.2.2	La Rúbrica como herramienta de evaluación.	74
1.5.3	El Incidente Crítico como invitación a la reflexión.....	74
1.5.3.1	Descripción de Incidente Crítico. Definición.....	74
1.5.3.2	Uso del Incidente Crítico en la docencia y en el Grado en Enfermería.	76
1.5.3.3	Uso del Incidente Crítico en investigación en Enfermería. Partidarios y detractores.....	77
2	Hipótesis y objetivos	81
2.1	Hipótesis	83
2.2	Objetivo principal	83
2.3	Objetivo secundario	83
2.4	Objetivos específicos	83

3	Metodología.....	85
	Fases del estudio.....	87
3.1	Primera fase: Diseño y medición de la validez y fiabilidad de los instrumentos creados ad hoc para evaluar la estrategia docente interactiva: (1) Cuaderno de seguimiento y evaluación de los Cuidados Básicos Basados en la Evidencia y (2) Rúbrica de Cuidados Básicos de Enfermería.	88
3.1.1	Diseño del estudio	88
3.1.1.1	Cuaderno de seguimiento y evaluación de los Cuidados Básicos Basados en la Evidencia.	88
3.1.1.2	Rúbrica de Cuidados Básicos de Enfermería.	93
3.2	Segunda fase: Evaluación de la Estrategia Docente de Práctica Basada en la Evidencia.	101
3.2.1	Diseño.....	101
3.2.2	Ámbito de estudio.....	101
3.2.2.1	El Grado en Enfermería en la Universitat Jaume I.....	101
3.2.2.2	Las Enfermeras de Referencia.....	105
3.2.2.3	Ámbitos Hospitalarios participantes	106
3.2.3	Población a estudio.....	110
3.2.4	Variables e instrumentos de medida.	111
3.2.4.1	Variable intervención.	111
3.2.4.2	Variables Resultado y procedimiento de recogida de datos.....	114
3.2.5	Análisis de los datos	124
3.2.6	Consideraciones éticas.....	125

3.2.7	Plan de trabajo	126
4	Resultados.....	129
4.1	Análisis sociodemográfico de la muestra	131
4.2	Objetivo principal. Estudiar el resultado de la aplicación de una estrategia docente interactiva de aprendizaje de Práctica Basada en la Evidencia (PBE) para la adquisición de las actitudes, conocimientos y habilidades relacionados con la PBE a través de la asignatura de “Cuidados Básicos de Enfermería” en alumnos de segundo curso del Grado en Enfermería al finalizar el periodo teórico-práctico-clínico.	135
4.2.1	Puntuación total CACH-PBE	135
4.2.2	Puntuación por dimensiones CACH-PBE	136
4.2.3	Puntuación por ítems CACH-PBE	139
	Dimensión Actitudes	139
	Dimensión Habilidades.....	140
	Dimensión Conocimientos	141
4.2.4	Cuestiones genéricas sobre la PBE.....	143
4.3	Objetivo secundario. Determinar la validez y fiabilidad de los instrumentos creados ad hoc para la evaluación de la estrategia docente interactiva	146
4.3.1	Rúbrica de Cuidados Básicos de Enfermería	146
4.3.1.1	Validez de Contenido de la Rúbrica.....	149
4.3.2	Cuaderno de Cuidados Básicos Basados en la Evidencia.	155
4.4	Objetivo específico 1. Analizar si existe relación entre la adquisición de actitudes, conocimientos y habilidades de Práctica Basada en la Evidencia respecto a las notas obtenidas en: la nota final de la asignatura de Cuidados Básicos en Enfermería, la nota final	

obtenida en el apartado de los diarios reflexivos y la nota obtenida en el apartado teórico de la asignatura de Cuidados Básicos en Enfermería.....	159
4.5 Objetivo específico 2. Determinar la posible diferencia entre los cuidados básicos de enfermería aplicados a los pacientes por los alumnos y los llevados a cabo por los profesionales de las distintas unidades.	161
4.6 Objetivo específico 3. Determinar si existe relación entre la teoría impartida en el aula en la asignatura de Cuidados Básicos en Enfermería y los cuidados básicos aplicados en las unidades asistenciales donde desarrollan la práctica clínica los estudiantes del Grado de Enfermería de la Universitat Jaume I.	170
5 Discusión	181
6 Conclusiones.....	209
7 Índices de tablas, figuras, fórmulas y gráficos	213
Índice de tablas	215
Índice de figuras	219
Índice de fórmulas	221
Índice de gráficos.....	222
8 Bibliografía.....	223
9 Anexos	243
Anexo 1. Cuaderno de seguimiento y evaluación de los Cuidados Básicos Basados en la Evidencia.	245
Anexo 2. Rúbrica de Cuidados Básicos de Enfermería.....	257
Anexo 3. Carta adjunta para la validación de la rúbrica.....	261
Anexo 4. Curso de Formación para enfermeras de Referencia.	265
Anexo 5. Guía evaluación de los procesos asistenciales.	271

Anexo 6. Cuestionario CACH-PBE	285
Anexo 7. Trabajos.....	291
Anexo 8. Evaluación de los registros electrónicos.	295
Anexo 9. Datos sociodemográficos.	300
Anexo 10. Consentimiento CACH-PBE.	304
Anexo 11. Alfa si se elimina algún elemento del Cuaderno de Cuidados Básicos Basados en la Evidencia.....	308

Resumen.

Marco teórico: La presente Tesis Doctoral inicia su marco teórico desde el posicionamiento del denominado Proceso de Bolonia, con la intención de determinar en todas las vertientes posibles (legislativas, procedimentales, estructurales, etc.) la integración del nombrado Proceso en los estudios superiores en España. Además, se centra esta integración y cambio de paradigma de forma concreta en los estudios del Grado en Enfermería, destacando las competencias relacionadas que el proyecto Tuning vierte sobre investigación y Práctica Basada en la Evidencia (PBE).

Por otro lado, es necesario conocer que el desarrollo de la PBE ha supuesto también un cambio de paradigma en el mundo sanitario, teniendo que concienciarse que los alumnos de Ciencias de la Salud y, en concreto, el alumnado del Grado en Enfermería va a encontrarse con ellos, presenciando dos cambios de paradigmas que se unen de forma integral en mismo escenario y con una figura protagonista, el alumno.

Encontrándose el alumno como figura central de su aprendizaje y en un escenario académico y eminentemente práctico, es necesario ahondar en la posible existencia del GAP Teoría-Práctica que muchos estudios han puesto en evidencia en la enseñanza en Enfermería en estos últimos años. Así, llevar a cabo un proceso de aprendizaje basado en la evidencia teniendo en cuenta: las dificultades de la integración de la evidencia a la práctica clínica, los marcos teóricos de implantación de la PBE y la innovación educativa; todo, integrado en un marco transversal en la Universitat Jaume I, hace posible el diseño de estrategias docentes definidas bajo el amparo de todo el proceso descrito anteriormente.

Por último, con la intención de verificar el posible impacto que dicha estrategia docente pueda tener, se determinan tanto la evaluación de los resultados de PBE como las nuevas herramientas propuestas a propósito del Espacio Europeo de Educación Superior con el fin de evaluar las competencias.

Así, el objetivo de la presente investigación va dirigido a estudiar el resultado de la aplicación de una estrategia docente interactiva de aprendizaje de PBE para la adquisición de la competencia de investigación a través de la asignatura “Cuidados Básicos de Enfermería” en alumnos de segundo curso del Grado en Enfermería al finalizar el periodo teórico-práctico-clínico.

Metodología: Para ello se plantea un estudio cuasi-experimental antes-después longitudinal prospectivo que se ejecuta entre febrero y julio del curso académico 2013-2014.

El estudio se lleva a cabo en la Universitat Jaume I, concretamente en los recién implantados estudios de Grado en Enfermería cuyos objetivos propuestos en relación a la investigación van dirigidos a fomentar la misma en la disciplina ya nombrada.

La asignatura donde se llevará a cabo la estrategia docente (Cuidados Básicos de Enfermería) pertenece a la materia de Cuidados de Enfermería en Procesos Asistenciales, junto con otras tres asignaturas en las que, en cada una de ellas, se lleva a cabo la metodología de la investigación de forma transversal, integrando, gracias al modelo triangular de enseñanza propuesto en el Grado la teoría académica con la habilidad práctica. Se propone a raíz de la nueva estrategia docente, una metodología para la evaluación de la misma, completando así el proceso de innovación. Para ello, las herramientas propuestas para la evaluación pasan un proceso de validación.

De esta forma, las variables resultado se determinan a través del Cuestionario de Actitudes, Conocimientos y Habilidades de la Práctica Basada en la Evidencia, en adelante CACH-PBE, el Cuaderno de Cuidados Básicos Basados en la Evidencia y la Rúbrica que valorará los Diarios Reflexivos aportados por el alumno durante el periodo clínico. De forma general, se ha realizado un análisis descriptivo de las variables categóricas y continuas de este estudio: distribución de frecuencias, proporciones e intervalos de confianza al 95% (IC_{95%}) y para las variables categóricas la media, mediana, desviación típica, máximo y mínimo e IC_{95%} para las variables continuas. En cuanto al análisis inferencial se realizó la comparación entre variables categóricas con el cálculo de la Ji-cuadrado o Test exacto de Fisher. Para la comparación de las puntuaciones medias en los distintos momentos de medición se utilizó ANOVA de medidas repetidas, y si no se cumplía la normalidad de las variables, se utilizó la prueba de Friedman. Para la comparación de puntuaciones medias antes y al final de la intervención se utilizó la prueba paramétrica T de student para datos apareados y en su defecto la prueba no paramétrica de Wilcoxon de los rangos con signo. Para la comparación de variables cuantitativas se calculó el Coeficiente de Correlación Lineal de Pearson. Para la comparación de las variables binarias antes y después de la intervención se utilizó la prueba de McNemar.

Resultados: El total de la población a estudio es de $n=45$. Ésta, pertenece en un 77,8% ($n=35$) al sexo femenino, teniendo como edad media 21,95 años con una desviación típica de $\pm 6,52$ años. Mientras que un 75,6% ($n=34$) sólo posee estudios de Bachillerato, un 24,4% ($n=11$) tiene algún título relacionado con Formación Profesional u otros estudios. Entre estos otros estudios se encuentran: Diplomatura en Nutrición y Dietética y Licenciatura en Biología. Tan sólo un 13,3% ($n=6$) de la población ha trabajado alguna vez en el sistema sanitario y, de este porcentaje, el 83,3% ($n=5$) lo ha hecho durante menos de un año. Los cargos ocupados durante este tiempo laboral han sido de auxiliar de enfermería y dietista. Un 81,8% ($n=37$) de la muestra posee algún nivel de idioma acreditado, entre los que se encuentran: Valenciano, Inglés y Francés. Respecto al conocimiento previo de PBE, un 73% ($n=33$) de la población responde de forma afirmativa a: ¿Conoces la definición de la PBE?, en la medición basal de la estrategia, mientras que, tras la misma, este porcentaje aumentó a un 97,8% ($n=44$). Al finalizar el periodo práctico clínico, un 95,5% ($n=43$) de la muestra aseguraba haber empleado la metodología de la PBE para resolver alguna duda durante el periodo.

De forma general, se obtiene que la estrategia docente interactiva ha causado cambios a nivel tanto de habilidades como de conocimientos, medido a través del CACH-PBE, mostrando diferencias estadísticamente significativas ($p<0,05$) en todos los ítems propuestos para conocimientos y todos los propuestos para habilidades a excepción de “No me siento capaz de buscar la información científica acerca del tema en los repertorios bibliográficos más importantes” ($p=0,178$). En el apartado de Actitudes sólo se muestran cambios estadísticamente significativos en el ítem “Me alegra que la PBE sea sólo una corriente teórica que no se pone en práctica” ($p=0,048$). El test para muestras relacionadas determina que en el caso de los ítems genéricos existe diferencia estadísticamente significativa ($p<0,05$) en los ítems “¿Cómo describirías, en general, el nivel de conocimientos teóricos que tienes sobre EBE?”, “¿Cómo describirías, en general, el nivel de habilidades prácticas que tienes para la aplicación de la EBE?” y “¿Cómo calificarías globalmente tu nivel de conocimientos de inglés?”.

El instrumento de la Rúbrica es sometido a proceso de validación en el que se obtiene un Alfa de Cronbach de 0,796 y un Coeficiente de Correlación que oscila entre el 82,1% y un 54,1%. La Validez de Contenido del mismo vierte unos resultados excelentes con un I-CVI que calculados entre el 0,82 y el 1 en cada nivel de evaluación, con un S-CVI por criterio entre el 0,89 y el 0,96 y un S-CVI general de la Rúbrica establecido en un 0,95, todos ellos con una Validez Elevada. El Test de normalidad de Kolmogorov Smirnov muestra la no aplicabilidad

de ANOVA ($p < 0,05$), debido a la no distribución normal de la muestra, aplicando el análogo no paramétrico Kruskal Wallis que determina que el instrumento realiza la misma medición por observadores independientes en 5 de sus 6 criterios, con un 95% de confianza.

Para el Cuaderno de Cuidados Básicos Basados en la Evidencia, se establece un Alfa de Cronbach de 0,92 de forma general y unas puntuaciones estimadas entre el 0,607 y el 0,860 semana a semana, aunque KMO y Barlett confirman que no se puede aplicar el análisis factorial ($p < 0,05$).

A través del análisis estadístico se halla una relación inversa entre la nota de la parte teórica de Cuidados Básicos de Enfermería y la media obtenida en la dimensión de Actitud y la media total del CACH-PBE. Tras la confirmación de la validez interna del Cuaderno de Cuidados Básicos Basados en la Evidencia se estima, con un nivel de confianza del 95%, que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los cuidados básicos ofrecidos a los pacientes por los alumnos y los ofrecidos por los profesionales clínicos.

Por último, el Cuaderno de Cuidados Básicos Basados en la Evidencia determina con un 95% de confianza el intervalo en el que los alumnos ejecutan los cuidados expuestos según lo que se ha visto en el aula académica.

Conclusiones: La aplicación de un programa de Práctica Basada en la Evidencia estructurado e interactivo desde el inicio de una asignatura hasta el fin de la misma, incluyendo la vertiente clínica y objetivando las posibles diferencias entre teoría académica y práctica clínica, mejora la adquisición de la competencia específica de Práctica Basada en la Evidencia. La estrategia docente interactiva de Práctica Basada en la Evidencia tiene implicaciones directas relativas a la adquisición de la competencia de Práctica Basada en la Evidencia. El modelo triangular de aprendizaje del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I ha permitido integrar el conocimiento teórico con el práctico desmitificando la existencia de una brecha entre la teoría y la práctica. Se ha validado un instrumento que permite la objetividad a la hora de evaluar el diario reflexivo realizado por los alumnos en las prácticas clínicas asistenciales. La práctica reflexiva ayuda a la integración del conocimiento por parte del alumno, pero para ello es necesario vertebrar cada uno de los elementos integrantes de ese conocimiento, como son en este caso el tutor de la Universitat Jaume I, la Enfermera de Referencia y el alumno.

1 Marco teórico

1.1 Introducción.

En el presente marco teórico se pretende realizar un recorrido para determinar la situación actual de la formación pregrado sobre la Práctica Basada en la Evidencia (PBE). Por ello, este marco teórico inicia su exposición desde el proceso de cambio relacionado con la Educación Superior en el Espacio Europeo. Desde este punto, se intenta realizar un abordaje a todo el proceso denominado “Proceso Bolonia” y, junto a él, al “Proyecto Tuning” con el propósito de averiguar la implicación de todo este proceso y proyecto con las competencias relacionadas con el Grado en Enfermería.

No se puede obviar que todo este proceso surge al margen del estado actual de la Educación Superior Española y que se deben hacer profundos cambios a nivel legislativo, procedimental, estructural, etc. de este espacio de educación para que el “Proceso Bolonia” pueda adaptarse de forma lo más óptima posible al contexto Español.

Una vez determinada esa adaptación a la Educación Superior Española, se indagará acerca de la implicación de las competencias de investigación y PBE en todo el proceso educativo que se está tratando; siguiendo con la enseñanza propia de la PBE en el contexto educativo. Hay que tener en cuenta que todo este proceso no está exento de ciertas dificultades, por ello, conocer las mismas e intentar abordarlas puede ayudar para realizar un ejercicio de prevención, además de, si no se es capaz de prevenirlas, paliar la dificultad que se identifique lo más prontamente posible.

Se ha de ser consciente que, actualmente, existen unos modelos teóricos para ayudar a la implantación de la PBE. Conocer estos modelos teóricos puede ayudar a vislumbrar si alguno de ellos puede ayudar y reforzar el proceso de enseñanza-aprendizaje que se está tratando, viendo además, que pueden retroalimentar algún punto del nombrado proceso. Dado que todo este proceso se lleva a cabo dentro del contexto educativo y con un cambio en el paradigma de la Educación Superior en España, es necesario indagar acerca de la innovación educativa que se está llevando a cabo para implantar la PBE, determinando cómo se evalúan los resultados de dicha innovación (herramientas, sistemas de evaluación, etc.).

El presente estudio se lleva a cabo en la Universitat Jaume I, por ello, conocer los estudios de Enfermería en esta universidad y, concretamente, ahondar en las

competencias que dichos estudios tengan relacionadas con la investigación y la PBE se hace imprescindible.

Por último, todo el proceso de cambio expuesto, está sumado a una serie de factores que se pueden determinar como satélites, los cuales no se deben olvidar. Así pues, estos factores hacen que se planteen dudas acerca de la evaluación relacionada con las nuevas competencias desarrolladas a propósito del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), las herramientas utilizadas y las desarrolladas a propósito de este EEES; debido a que el cambio que implica este nuevo proceso de enseñanza-aprendizaje a nivel educativo es bastante exigente y se plantean dudas acerca de la evaluación del proceso en sí mismo.

1.2 Educación en el Espacio Europeo de Educación Superior.

1.2.1 El Proceso de Bolonia.

Los estudios que conciernen a la Educación Superior Europea se encuentran en un momento de cambio profundo debido al reciente cambio de paradigma. Actualmente, esta educación moviliza sus esfuerzos por renovarse desde el paradigma centrado en la transmisión de conocimientos hasta el paradigma centrado en el estudiantado y en la adquisición de las competencias.

Este cambio de paradigma se empieza a plantear ya en el año 1991, aunque no fue hasta el año 1997 cuando se presenta el Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XIX “La Educación encierra un tesoro”¹ en el que se plantea qué tipo de educación haría falta en años venideros. Desde este informe, se vierten una serie de sugerencias y recomendaciones que, de forma sucinta, se exponen en tres partes:

a) Parte Primera. Horizontes

Se exponen los motivos y las necesidades por las que se precisa un cambio cualitativo en las políticas, estructuras, conceptos y metodologías educativas. Entre estos motivos destacan la globalización, el desarrollo tecnológico y científico, el aumento de los conocimientos, la crisis de la sociedad democrática o las desigualdades económicas y su repercusión sobre la educación.

b) Segunda Parte.

La Comisión expone los cuatro pilares fundamentales de la educación que deberán guiar la educación a lo largo de la vida (“lifelong learning”), más allá de una sucesión de ciclos o etapas educativas, y que permitirán a los individuos el desarrollo de competencias para hacer frente a diversas situaciones de incertidumbre y el trabajo en equipo. Estos cuatro pilares básicos son:

- a. *Aprender a conocer* combinando una cultura general suficientemente amplia con la posibilidad de profundizar los conocimientos en un pequeño número de materias. Lo que supone además *aprender a*

aprender para poder aprovechar las posibilidades que ofrece la educación a lo largo de la vida.

- b. *Aprender a hacer* con el fin de adquirir no sólo una calificación profesional sino, más generalmente, una competencia que capacite al individuo. Pero, también, aprender a hacer en el marco de las distintas experiencias sociales o de trabajo que se ofrecen a los jóvenes y adolescentes, bien espontáneamente a causa del contexto social o nacional, bien formalmente gracias al desarrollo de la enseñanza por alternancia.
- c. *Aprender a vivir juntos* desarrollando la comprensión del otro y la percepción de las formas de interdependencia (realizar proyectos comunes y prepararse para tratar los conflictos), respetando los valores de pluralismo, comprensión mutua y paz.
- d. *Aprender a ser* para que florezca mejor la propia personalidad y se esté en condiciones de obrar con creciente capacidad de autonomía, de juicio y de responsabilidad personal. Por ello, no se debe menospreciar en la educación ninguna de las posibilidades de cada individuo: memoria, razonamiento, sentido estético, capacidades físicas o aptitud para comunicar.

c) Tercera Parte. Orientaciones

Las orientaciones propuestas en esta parte deberán guiar el cambio en la educación del siglo XXI, teniendo en cuenta a la Universidad como una especie de poder intelectual que la sociedad necesita para que la ayude a reflexionar, comprender y actuar, y apoyar el desarrollo de la innovación a través de medidas de descentralización que otorguen más autonomía a las universidades.

El informe remarca el papel de los docentes y su obligación a la hora de actualizar los conocimientos y las competencias del estudiantado, fomentando el trabajo en equipo y la movilidad de profesorado y estudiantado.

Tras este informe, el denominado Proceso de Bolonia comenzó en París en el año 1998, con la firma de la “Declaración conjunta para la armonización del diseño del Sistema de Educación Superior Europeo”². España se adhirió al proyecto en el año 1999, cuando el 19 de junio de este año se conformaron los objetivos de la Declaración de Bolonia. Los objetivos que se proponen en dicha Declaración son:

- a) Adopción de un sistema de títulos fácilmente comprensibles y comparables, a fin de promover la empleabilidad de los ciudadanos europeos y la competitividad del sistema de enseñanza superior europeo a escala internacional.
- b) Adopción de un sistema basado, fundamentalmente, en dos ciclos principales.
- c) Implantación de un sistema de créditos como el ECTS (*European Credit Transfer System*) como medio para promover mayor movilidad entre los estudiantes.
- d) Promoción de la movilidad mediante la eliminación de los obstáculos.
- e) Promoción de la cooperación europea para asegurar un nivel de calidad para el desarrollo de criterio y metodologías comparables.
- f) Promoción de una necesaria dimensión Europea en la educación superior con particular énfasis en el desarrollo curricular.

Finalmente, el 12 de marzo de 2010, los ministros de los 47 países participantes en el Proceso de Bolonia adoptaron la Declaración de Budapest-Viena³ y pusieron en marcha oficialmente el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES).

El EEES no tiene como objetivo homogeneizar los sistemas de Educación Superior sino aumentar su compatibilidad y comparabilidad, respetando su diversidad. La construcción del EEES se basa en acuerdos y compromisos sobre los objetivos a alcanzar. Además, el EEES se contempla como un espacio abierto en el que no existen obstáculos a la movilidad de estudiantes, titulados, profesores y personal de administración, articulándose en torno al reconocimiento de titulaciones y otras cualificaciones de educación superior, transparencia (un sistema de titulaciones comprensibles y comparables organizado en tres ciclos) y la cooperación Europea en la garantía de la calidad⁴. De esta forma, la elaboración de los planes de estudios queda relegada a las universidades. Por otro lado, es de reseñar que la adecuación de dichos planes de estudios es supervisada por agencias de calidad externas a la universidad, las

cuales, son las encargadas de velar por la coherencia y la unificación de todos los estudios, con un adecuado sistema de evaluación y acreditación⁵.

1.2.2 El Proyecto Tuning.

Tuning Educational Structures in Europe (Sintonizar las Estructuras Educativas Europeas) se inició en el año 2000 como un proyecto para vincular los objetivos políticos del Proceso de Bolonia. Con el tiempo el Proyecto Tuning se ha convertido en un proceso, un enfoque para diseñar, desarrollar, implementar, evaluar y mejorar la calidad de los estudios superiores⁶.

Para cumplir con sus objetivos y dotar de instrumentos metodológicos, el Proyecto Tuning definió cuatro líneas de trabajo⁷:

- a) Competencias generales y académicas.
- b) Competencias específicas de: Conocimiento, currículum y contenidos.
- c) ECTS como un sistema de transferencia y acumulación de créditos.
- d) Métodos de enseñanza y aprendizaje, evaluación y desempeño con garantía, y control calidad.

El Proyecto Tuning se centra en la organización y el contenido de los diferentes estudios del sistema educativo. Esta organización y contenido es responsabilidad directa de las instituciones de la educación superior, es decir, de las universidades, quienes tienen la responsabilidad de esclarecer, en términos de competencias y resultados de aprendizaje, el nivel de formación a alcanzar en los diferentes niveles educativos^{8,9}.

Para poder entender mejor este Proyecto y los cambios que inherentemente aporta al sistema educativo, es necesario interiorizar desde la visión que el proyecto ofrece ciertos conceptos. De esta manera, las definiciones que aporta el Proyecto Tuning acerca de los conceptos de competencias y resultados de aprendizaje son (Figura 1)¹⁰:

- a) Las competencias representa una combinación dinámica de conocimientos, habilidades, capacidades y valores. La promoción de estas competencias es el objeto del programa educativo. Las competencias cobran forma en varias

unidades de curso y son evaluadas en diferentes etapas. Quien las obtiene es el estudiante.

- b) Los resultados de aprendizaje se expresan en términos de competencias. Estas últimas pueden desarrollarse en mayor grado que el requerido en el caso de unos determinados resultados del aprendizaje marcados para una unidad educativa.
- c) Los resultados de aprendizaje son formulaciones de lo que el estudiante debe conocer, comprender o ser capaz de demostrar tras la finalización de una experiencia de aprendizaje. Los resultados del aprendizaje pueden estar referidos a una sola unidad o módulo de curso o a un periodo de estudios. Por último, los resultados de aprendizaje especifican los requisitos mínimos para la concesión de un número determinado de créditos y deben su formulación al cuerpo docente.

Figura 1. Competencias y resultados de aprendizaje según el Proyecto Tuning. Fuente: Elaboración propia



Tuning es consciente de la importancia que reviste desarrollar conocimientos y habilidades específicas de cada área que constituyan la base de los programas de titulaciones universitarias. No obstante, este Proyecto ha puesto también de manifiesto que debería centrar también la mira en el desarrollo de lo que se conoce como competencia genérica o habilidades transferibles¹⁰. Por lo tanto, Tuning, clasifica las competencias en dos niveles. Las competencias genéricas, que pertenecerían a la orden de competencias académicas de carácter general, y las específicas de cada área de estudio. Añade a esto que las competencias genéricas tienen carácter transversal en cualquier titulación universitaria ya que contribuyen a obtener resultados de alto valor tanto a nivel personal como social, son aplicables a un amplio abanico de contextos y ámbitos relevantes, y por último, son importantes para que todas las personas puedan hacer frente de forma exitosa a la variedad de exigencias de la vida. Así, Tuning distingue tres tipos de competencias genéricas:

- a) *Competencias instrumentales*: capacidades cognitivas, capacidades metodológicas, capacidades tecnológicas y capacidades lingüísticas.
- b) *Competencias interpersonales*: habilidades individuales como las sociales (interacción y cooperación social).
- c) *Competencias sistémicas*: capacidades y habilidades relacionadas con sistemas globales (combinación de comprensión, sensibilidad y conocimiento; con lo que se requiere la adquisición previa de competencias instrumentales e interpersonales).

Las competencias genéricas para la Educación Superior que propone el Proyecto Tuning en Europa se presentan en la tabla 1. Las competencias específicas varían de una profesión a otra, dicho de otro modo, caracterizan el perfil profesional de cada titulación.

Tabla 1. Competencias genéricas propuestas por el Proyecto Tuning. Fuente: Tuning Educational Structures in Europe. 2003.

Competencias genéricas (de carácter transversal)	
Instrumentales	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de análisis y síntesis • Capacidad de organización y planificación • Conocimientos de una lengua extranjera • Conocimientos de informática relativos al ámbito de estudio • Capacidad de gestión de la información • Resolución de problemas • Toma de decisiones
Interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en equipo • Trabajo con un equipo de carácter interdisciplinar • Trabajo en un contexto internacional • Habilidades en las relaciones interpersonales • Reconocimiento a la diversidad y a la multiculturalidad • Razonamiento crítico • Compromiso ético
Sistémicas	<ul style="list-style-type: none"> • Aprendizaje autónomo. Aprender a aprender • Adaptación a nuevas situaciones • Creatividad • Liderazgo • Conocimiento de otras culturas y costumbres • Iniciativa y espíritu emprendedor • Motivación por la calidad • Sensibilidad hacia temas medio-ambientales

1.2.2.1 Competencias específicas en Enfermería.

En cuanto a los estudios concernientes a esta investigación, Enfermería, cabe destacar que es el primer grupo regulado de asistencia sanitaria y la primera disciplina práctica que se ha incluido en el Proyecto Tuning¹¹.

Así, en 2011 Tuning publica su informe “*Reference points for the design and delivery of degree programmes in Nursing*”¹². En este documento se presenta el perfil genérico de la titulación de enfermería, añadiendo unas recomendaciones específicas en cuanto a competencias y duración del programa educativo (Tabla 2). Es de destacar que este perfil ya venía definido en el informe presentado por Tuning en el año 2006¹³, lo cual refuerza la dirección de estos estudios.

En aras de la mejora de la calidad en la educación en Enfermería, Tuning señala un aprendizaje teórico y clínico, práctico o basado en trabajo, siendo la meta de este trabajo la posibilidad de que el estudiante cumpla los objetivos y resultados de aprendizaje del plan de estudios.

Debido a que la Enfermería es una disciplina eminentemente práctica, muchas pruebas confirman que la calidad en el entorno de aprendizaje clínico guarda relación con el tratamiento dispensado a los estudiantes, el espíritu de equipo, el estilo de dirección y gestión y los recursos de enseñanza y aprendizaje de que se disponga. Por ello, a la hora de realizar una auditoría sobre los entornos de aprendizaje idóneos por parte de los educadores, Tuning, propone que se consideren los siguientes puntos¹⁰:

- a) Número, experiencia, cualificación y composición del personal clínico.
- b) Motivación del personal.
- c) Investigación o práctica clínica basada en evidencias.
- d) Proporción pacientes/personal.
- e) Relación entre educadores y médicos.
- f) Filosofía de la asistencia en Enfermería.
- g) Oportunidades de aprendizaje y supervisión.
- h) Desarrollo del personal.
- i) Calidad de la asistencia al paciente.

Tabla 2. Perfil que propone Tuning para los estudios de Grado en Enfermería. Fuente: Tuning, 2011

Perfil de competencia para la cualificación
<ul style="list-style-type: none">• Un Graduado en Enfermería o Ciencias de la Enfermería habrá alcanzado competencias específicas adquiridas a lo largo de un programa de estudios basado en el desarrollo y localizado en un entorno académico con filiación investigadora. El programa incluirá importantes componentes teóricos y prácticos obligatorios establecidos en un diálogo con las partes interesadas y las autoridades competentes.• El graduado debería poseer conocimientos básicos de las principales disciplinas y metodologías empleadas en la profesión Enfermera. Estas cualidades deberían facultar al egresado para llevar a cabo funciones profesionales y actuar de forma autónoma dentro del área que constituya para continuar con su formación laboral o de prácticas y seguir estudiando, siempre que fuera conveniente, en un área profesional relevante o un programa de segundo o de tercer ciclo.
Objetivos de competencia
<ul style="list-style-type: none">• Un Graduado en Enfermería es capaz de:• Competencias intelectuales:<ul style="list-style-type: none">• Describir, formular y exponer cuestiones relacionadas con la profesión y opciones de actuación.• Analizar teóricamente cuestiones relacionadas con la profesión y considerarlas en la práctica.• Estructurar su propio aprendizaje.• Competencias profesionales y académicas:<ul style="list-style-type: none">• Aplicar y evaluar diferentes metodologías de importancia para la Enfermería.• Demostrar un conocimiento de las principales teorías, metodologías y conceptos de la profesión Enfermera.• Documentar, analizar y evaluar los diferentes tipos de práctica en Enfermería.• Recurrir a la investigación y desarrollo para desarrollar actividades de Enfermería basadas en evidencias.• Competencias prácticas:<ul style="list-style-type: none">• Demostrar competencia en las habilidades y competencias prácticas requeridas para la titulación.• Tomar decisiones y justificarlas basándose en su experiencia como enfermera.• Comportarse de forma íntegra y actuar dentro del marco de referencia de la ética profesional.• Demostrar capacidad y voluntad para colaborar en un marco multidisciplinar.• Tomar parte y dirigir trabajos o proyectos de desarrollo relevantes para la profesión enfermera.
Aspectos formales
<ul style="list-style-type: none">• Requisitos de admisión:<ul style="list-style-type: none">• Requisitos universitarios o equivalentes (incluye la aptitud para una disciplina basada en las personas y compromiso ético).• Duración:<ul style="list-style-type: none">• 180-240 créditos ECTS con un mínimo de 90 créditos que atiendan a las competencias prácticas.• Recomendación de por lo menos 210-240 créditos.• Opciones pedagógicas:<ul style="list-style-type: none">• Segundo ciclo/programas de master.• Programas profesionales teóricos y prácticos.• Formación como director/gestor, especialista clínico, educador o investigador.

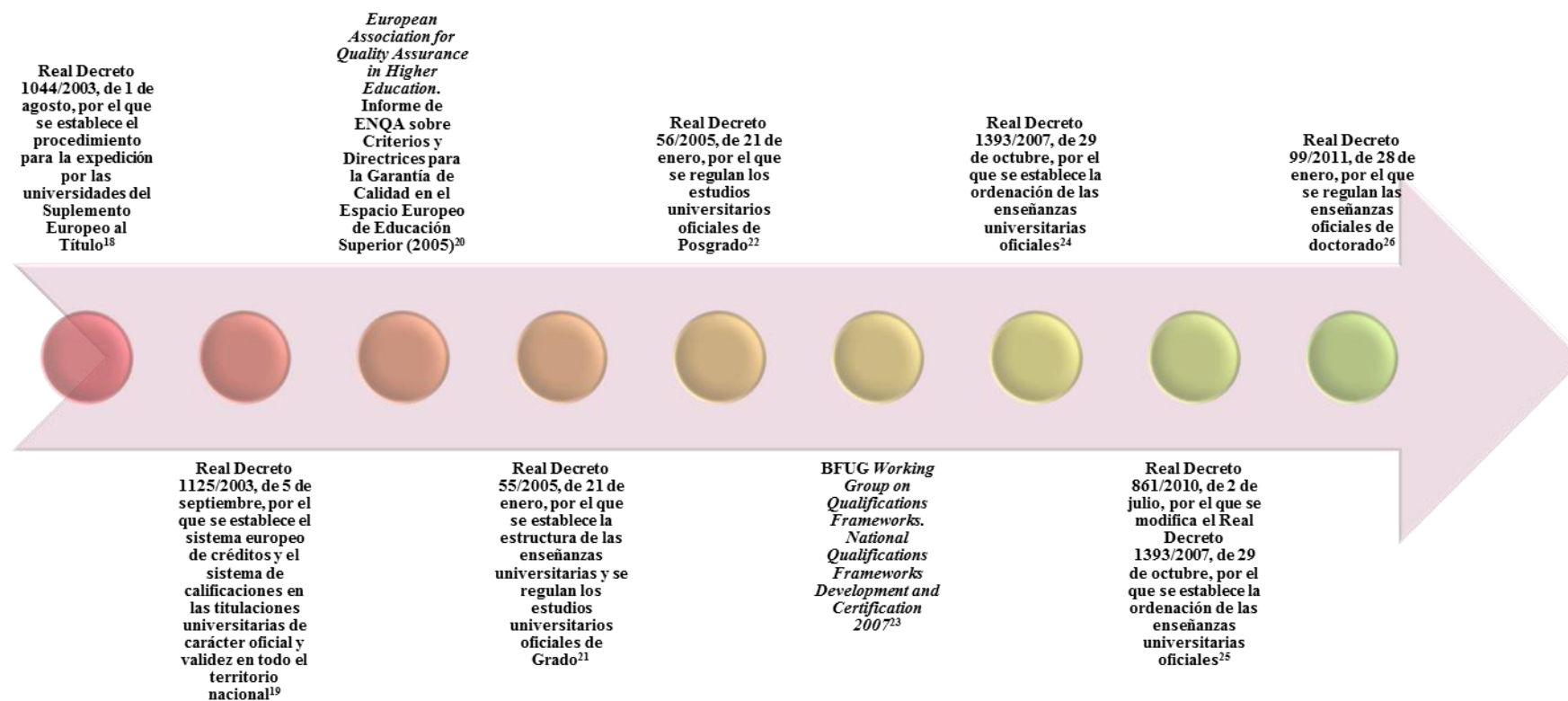
1.2.3 Implantación del Proceso de Bolonia al Sistema Educativo Superior Español.

Como consecuencia del Proceso de Bolonia, las contribuciones del Proyecto Tuning y la creación del Espacio Europeo de Educación Superior, toda una serie de cambios legislativos sucedieron en España, con el objetivo de adaptar el sistema universitario español al anterior cambio citado. Esta reforma integral del Sistema Universitario Español, que se inició en el año 2003, resultado de los acuerdos tomados por el Proceso de Bolonia, desencadena toda una sucesión legislativa que, de forma cronológica, se representa en la Figura 2.

En España, además, en el año 2002, se creó la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA)¹⁴ como fundación estatal, siendo el objetivo de esta agencia la contribución a la mejora de la calidad del sistema de la Educación Superior en el denominado país. Esta agencia se crea al amparo de la Ley Orgánica de Universidades¹⁵.

A través de ANECA, se publicaron 4 convocatorias cuyo objetivo era impulsar en las universidades españolas la creación de estudios y supuestos prácticos para el diseño de títulos oficiales de grado, adaptados al Espacio Europeo de Educación Superior. El resultado de estas convocatorias fue la publicación de los “Libros Blancos”¹⁶ de las titulaciones, entre ellos, el de Enfermería¹⁷.

Figura 2. Cronología legislativa de la Implantación del Proceso de Bolonia en España. Fuente: elaboración propia.



1.2.3.1 El caso del Grado en Enfermería.

Tras la publicación del Libro Blanco de Enfermería en junio del año 2005, el cual, tiene los objetivos¹⁷ de:

- a) Justificar la reforma que requieren los actuales estudios de diplomado en enfermería en España, tanto por los cambios ocurridos (sociales, legislativos, profesionales) como para su convergencia al EEES.
- b) Analizar los estudios de enfermería en diferentes países de la Unión Europea y en especial en aquellos que hayan adaptado sus titulaciones al proceso de Bolonia.
- c) Definir el perfil profesional del enfermero español en Europa.
- d) Determinar las competencias transversales y específicas de la profesión enfermera.
- e) Fijar objetivos de la titulación del enfermero generalista.
- f) Establecer los bloques de materias de la titulación que garanticen una formación armónica y comparable para la libre circulación de profesionales.
- g) Temporalizar el desarrollo del plan de estudios, de acuerdo con el nuevo sistema de créditos europeos ECTS.
- h) Facilitar el desarrollo homogéneo del suplemento al título, que aparece en el Real Decreto que lo regula.
- i) Proponer indicadores de calidad para mejorar la calidad del aprendizaje de los estudiantes de enfermería.

Se empieza a trabajar de forma profunda en la que actualmente se conoce como Orden CIN 2134/2008²⁷ por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. En esta orden, se concretan los módulos mínimos de los planes de estudio y las competencias que deben adquirir los estudiantes. En la siguiente tabla (Tabla 3) se exponen tanto los módulos como las competencias que expone dicha Orden.

Tabla 3. Competencias de los estudios de Grado en Enfermería contempladas en la Orden CIN 2134/2008. Fuente: Orden CIN 2134/2008.

Módulo	Créditos ECTS	Competencias que deben adquirirse
De Formación básica común	60	<p>Conocer e identificar la estructura y función del cuerpo humano. Comprender las bases moleculares y fisiológicas de las células y los tejidos.</p> <p>Conocer el uso y la indicación de productos sanitarios vinculados a los cuidados de enfermería.</p> <p>Conocer los diferentes grupos de fármacos, los principios de su autorización, uso e indicación, y los mecanismos de acción de los mismos.</p> <p>Utilización de los medicamentos, evaluando los beneficios esperados y los riesgos asociados y/o efectos derivados de su administración y consumo.</p> <p>Conocer y valorar las necesidades nutricionales de las personas sanas y con problemas de salud a lo largo del ciclo vital, para promover y reforzar pautas de conducta alimentaria saludable. Identificar los nutrientes y los alimentos en que se encuentran.</p> <p>Identificar los problemas nutricionales de mayor prevalencia y seleccionar las recomendaciones dietéticas adecuadas.</p> <p>Aplicar las tecnologías y sistemas de información y comunicación de los cuidados de salud.</p> <p>Conocer los procesos fisiopatológicos y sus manifestaciones y los factores de riesgo que determinan los estados de salud y enfermedad en las diferentes etapas del ciclo vital.</p> <p>Identificar las respuestas psicosociales de las personas ante las diferentes situaciones de salud (en particular, la enfermedad y el sufrimiento), seleccionando las acciones adecuadas para proporcionar ayuda en las mismas. Establecer una relación empática y respetuosa con el paciente y familia, acorde con la situación de la persona, problema de salud y etapa de desarrollo. Utilizar estrategias y habilidades que permitan una comunicación efectiva con pacientes, familias y grupos sociales, así como la expresión de sus preocupaciones e intereses.</p> <p>Reconocer las situaciones de riesgo vital y saber ejecutar maniobras de soporte vital básico y avanzado.</p> <p>Conocer e identificar los problemas psicológicos y físicos derivados de la violencia de género para capacitar al estudiante en la prevención, la detección precoz, la asistencia, y la rehabilitación</p>

De Ciencias de la Enfermería	60	<p>Identificar, integrar y relacionar el concepto de salud y los cuidados, desde una perspectiva histórica, para comprender la evolución del cuidado de enfermería.</p> <p>Comprender desde una perspectiva ontológica y epistemológica, la evolución de los conceptos centrales que configuran la disciplina de enfermería, así como los modelos teóricos más relevantes, aplicando la metodología científica en el proceso de cuidar y desarrollando los planes de cuidados correspondientes.</p> <p>Aplicar el proceso de enfermería para proporcionar y garantizar el bienestar la calidad y seguridad a las personas atendidas.</p> <p>Conocer y aplicar los principios que sustentan los cuidados integrales de enfermería.</p> <p>Dirigir, evaluar y prestar los cuidados integrales de enfermería, al individuo, la familia y la comunidad.</p> <p>Capacidad para describir los fundamentos del nivel primario de salud y las actividades a desarrollar para proporcionar un cuidado integral de enfermería al individuo, la familia y la comunidad. Comprender la función y actividades y actitud cooperativa que el profesional ha de desarrollar en un equipo de Atención Primaria de Salud. Promover la participación de las personas, familia y grupos en su proceso de salud-enfermedad. Identificar los factores relacionados con la salud y los problemas del entorno, para atender a las personas en situaciones de salud y enfermedad como integrantes de una comunidad. Identificar y analizar la influencia de factores internos y externos en el nivel de salud de individuos y grupos. Aplicar los métodos y procedimientos necesarios en su ámbito para identificar los problemas de salud más relevantes en una comunidad. Analizar los datos estadísticos referidos a estudios poblacionales, identificando las posibles causas de problemas de salud. Educar, facilitar y apoyar la salud y el bienestar de los miembros de la comunidad, cuyas vidas están afectadas por problemas de salud, riesgo, sufrimiento, enfermedad, incapacidad o muerte.</p> <p>Conocer las alteraciones de salud del adulto, identificando las manifestaciones que aparecen en sus distintas fases. Identificar las necesidades de cuidado derivadas de los problemas de salud. Analizar los datos recogidos en la valoración, priorizar los problemas del paciente adulto, establecer y ejecutar el plan de cuidados y realizar su evaluación. Realizar las técnicas y procedimientos de cuidados de enfermería, estableciendo una relación terapéutica con los enfermos y familiares. Seleccionar las intervenciones encaminadas a tratar o prevenir los problemas derivados de las desviaciones de salud. Tener una actitud cooperativa con los diferentes miembros del equipo.</p> <p>Identificar las características de las mujeres en las diferentes etapas del ciclo reproductivo y en el climaterio y en las alteraciones que se pueden presentar proporcionando los cuidados necesarios en cada etapa. Aplicar cuidados generales durante el proceso de maternidad para facilitar la adaptación de las mujeres y los neonatos a las nuevas demandas y prevenir complicaciones.</p>
------------------------------	----	--

De Ciencias de la Enfermería (continuación)	60	<p>Conocer los aspectos específicos de los cuidados del neonato. Identificar las características de las diferentes etapas de la infancia y adolescencia y los factores que condicionan el patrón normal de crecimiento y desarrollo. Conocer los problemas de salud más frecuentes en la infancia e identificar sus manifestaciones. Analizar los datos de valoración del niño, identificando los problemas de enfermería y las complicaciones que pueden presentarse. Aplicar las técnicas que integran el cuidado de enfermería, estableciendo una relación terapéutica con los niños y sus cuidadores. Seleccionar las intervenciones dirigidas al niño sano y al enfermo, así como las derivadas de los métodos de diagnóstico y tratamiento. Proporcionar educación para la salud a los padres o cuidadores primarios. Comprender los cambios asociados al proceso de envejecer y su repercusión en la salud. Identificar las modificaciones estructurales, funcionales, psicológicas y de formas de vida asociadas al proceso de envejecer.</p> <p>Conocer los problemas de salud más frecuentes en las personas mayores. Seleccionar las intervenciones cuidadoras dirigidas a tratar o a prevenir los problemas de salud y su adaptación a la vida diaria mediante recursos de proximidad y apoyo a la persona anciana.</p> <p>Conocer el Sistema Sanitario Español. Identificar las características de la función directiva de los servicios de enfermería y la gestión de cuidados. Conocer y ser capaz de aplicar las técnicas de dirección de grupos.</p> <p>Conocer la legislación aplicable y el código ético y deontológico de la enfermería española, inspirado en el código europeo de ética y deontología de enfermería. Prestar cuidados, garantizando el derecho a la dignidad, privacidad, intimidad, confidencialidad y capacidad de decisión del paciente y familia. Individualizar el cuidado considerando la edad, el género, las diferencias culturales, el grupo étnico, las creencias y valores.</p> <p>Conocer los problemas de salud mental más relevantes en las diferentes etapas del ciclo vital, proporcionando cuidados integrales y eficaces, en el ámbito de la enfermería.</p> <p>Conocer los cuidados paliativos y control del dolor para prestar cuidados que alivien la situación de los enfermos avanzados y terminales</p>
Prácticas Tuteladas y Trabajo Fin de Grado	90	<p>Prácticas pre-profesionales, en forma de rotatorio clínico independiente, con una evaluación final de competencias, en centros asistenciales que permitan incorporar los valores profesionales, competencias de comunicación asistencial, razonamiento clínico, gestión clínica y juicio crítico, integrando en la práctica profesional los conocimientos, habilidades y actitudes de la Enfermería, basados en principios y valores, asociados a las competencias descritas en los objetivos generales y en las materias que conforman el Título.</p> <p>Trabajo fin de grado: Materia transversal cuyo trabajo se realizará asociado a distintas materias.</p>

1.2.4 El Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I.

1.2.4.1 El nacimiento del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I.

Al amparo de la legislación vigente y como consecuencia de la Reforma del Sistema Universitario Español y el EEES, en el año 2009 nacen en la Universitat Jaume I los estudios pertenecientes al ámbito de Ciencias de la Salud. Entre estos estudios se encuentra la rama de la Enfermería, la cual, se crea como proyecto conformando de forma robusta los tres niveles académicos existentes:

- a) Grado (Bachelor),
- b) Máster (Master Degree) y
- c) Doctorado (Phd Doctorate program).

Así, el título Graduado en Enfermería por la Universidad Jaume I, otorga las competencias necesarias para ejercer la profesión de enfermero responsable de cuidados generales en el entorno de la Unión Europea²⁷. A nivel universitario esto implica que, además de aplicar el aprendizaje por competencias legislado, de forma inherente a este proceso hay que tener en cuenta que se necesita una metodología educativa innovadora y, para desarrollar esta, un perfil de profesorado concreto que abogue por la misma. Sin los tres requisitos previos, no podrá tener lugar el cambio profundo de paradigma educativo que se vislumbra con la reforma anteriormente citada.

De esta manera, el Plan de Estudios que se está implantando en la nombrada universidad consta de 60 créditos ECTS por curso académico, con la distribución concreta por curso que se detalla en los siguientes párrafos.

En el primer curso académico del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I, se incluyen 36 créditos ECTS, integrado por las materias Anatomía humana, Bioquímica, Fisiología, Psicología, Estadística y Biología, todas ellas materias de la rama Ciencias de la Salud. Estas materias completarían el conocimiento del ser humano desde un enfoque biopsicosocial. Los 12 créditos ECTS restantes pertenecen a las materias Nutrición Humana y Farmacología básica con contenidos de administración de medicamentos. Los 12 créditos ECTS que faltan hasta los 60 básicos de primer curso, se

completan con dos materias de la rama del conocimiento, Arte y Humanidades: Informática e Inglés aplicado a las Ciencias de la Salud²⁸.

El segundo curso transita desde la salud hacia la enfermedad, iniciándose con la adquisición de conocimientos, destrezas y habilidades que necesitan los enfermeros responsables de cuidados generales como agentes de salud. También se profundiza en la materia Fundamentos de enfermería. El curso finaliza con la introducción a los procesos de enfermedad, enfocados desde el concepto de proceso asistencial de carácter general a todas las etapas de la vida²⁸, vertebrándose las materias correspondientes desde los Cuidados Básicos de Enfermería que permiten la integración de todos los procesos asistenciales que se presenten en este curso. La distribución de los créditos ECTS en este curso, al igual que ocurrirá con el tercero, se distribuirá con 30 créditos en materias obligatorias y 30 créditos en prácticas clínicas, teniendo presentes que las asignaturas que se imparten en el nombrado curso académico son: Determinantes de la Salud; Salud Pública; Programas de Salud en la Infancia, Adolescencia y Edad reproductiva; Programas de Salud en Personas Adultas y Personas Mayores; Fundamentos teóricos y metodológicos; Cuidados Básicos de Enfermería; Cuidados de Enfermería en Procesos Osteoarticulares; Cuidados de Enfermería en Procesos Digestivos, Renales y Endocrinos y Cuidados de Enfermería en Procesos Cardiovasculares y Respiratorios.

El tercer curso se centra en el conocimiento de los procesos asistenciales que afectan a grupos específicos de población: niños, mujeres en edad reproductiva, personas mayores y personas con problemas de salud mental²⁸. Las materias que forman parte de este curso son: Cuidados de la Mujer; Cuidados en la Infancia y Adolescencia; Cuidados de Enfermería en Personas Mayores; Cuidados de Salud Mental; Cuidados en las Enfermedades Transmisibles; Cuidados en Enfermedades Neurológicas y Sensoriales; Cuidados Oncológicos; Procesos Crónicos y Gestión de Cuidados en el Ámbito Sociosanitario. La metodología de adquisición de competencias se encuentra integrada y a partir de este curso los contenidos adquieren mayor complejidad en todos los ámbitos. El camino desde la salud hacia la enfermedad y desde la sencillez a la complejidad pretende consolidar un aprendizaje coherente con la madurez del estudiante universitario de los últimos cursos²⁸.

Por último, el cuarto curso tiene un primer semestre de adquisición de conocimientos, destrezas y habilidades que permiten al estudiante afrontar situaciones complejas con pacientes críticos y terminales, asistiendo a situaciones del final de la vida²⁸. En este curso, la distribución de los créditos ECTS son: 12 créditos en materias obligatorias, 18 créditos en materias optativas, 18 créditos en prácticas clínicas y, finalmente, 12 en el Trabajo Final de Grado. Las materias obligatorias que integran este curso académico son: Cuidados Paliativos; Cuidados de Enfermería en Urgencias y Emergencias y Cuidados Críticos. Presentándose además, dos itinerarios entre los que el alumnado podrá elegir de materias optativas. Estos dos itinerarios se componen de²⁹:

a) Itinerario 1: Equidad en Salud.

- a. Cuidados de Salud y Género.
- b. Transculturalidad y Atención.
- c. Cooperación para el Desarrollo.
- d. Trabajo Final de Grado.

b) Itinerario 2: Cuidados en Situación de Dependencia.

- a. Habilidades Sociales para el Cuidado.
- b. Autocuidado y Dependencia.
- c. Institucionalización y Salud.
- d. Trabajo Final de Grado.

Realizando un recorrido en estos cuatro cursos de Grado en Enfermería, se puede observar que se permite una adquisición de conocimientos de forma progresiva que culmina con la realización, por parte del alumnado que siga este programa, de un Trabajo Final de Grado (TFG) donde se plasmará el “saber ser” enfermero. Este TFG incluye la realización de trabajo de campo, dado que se incluyen 5 créditos ECTS para la elaboración del mismo, siendo seleccionado por parte del estudiante el espacio en el que desea profundizar en su formación; añadiendo a esto dos posibles itinerarios de ámbitos complementarios a la clínica .

Es de destacar que todas las asignaturas desde segundo hasta cuarto curso presentan la adquisición progresiva de una competencia transversal:

“Capacidad de hacer valer los juicios clínicos para asegurar que se alcancen los estándares de calidad y que la práctica esté basada en la evidencia.”

Con el objetivo de conseguir de una forma progresiva que los alumnos de grado adquirieran conocimientos y ciertas destrezas sobre aspectos básicos en metodología de la investigación, lectura de literatura científica y el fomento de la necesidad de vincular los resultados de la investigación a la práctica de enfermería²⁸.

1.3 Competencias en Investigación y Práctica Basada en la Evidencia en Enfermería.

El desarrollo de la Práctica Basada en la Evidencia (PBE) ha supuesto un cambio de paradigma en el mundo sanitario. Su aplicación se basa en la utilización de la evidencia científica disponible para la toma de decisiones en el cuidado de los pacientes.

Este movimiento surge en los años 90, ya que, a mediados de esa década quedó claro que la producción de nuevo conocimiento no era suficiente y se apostó por salvar la separación entre la práctica y la investigación, principalmente, en aquella época, en la disciplina Médica³⁰. La Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) tiene un origen muy reciente, así, autores como Ingerson³¹ la definen como “La utilización consciente, explícita y juiciosa de teoría derivada, la información en investigación en la toma de decisiones para el cuidado que se da a individuos o grupos de pacientes en consideración con las necesidades y preferencias individuales”. En 1997 se celebraron en Reino Unido las primeras conferencias nacionales e internacionales sobre EBE. En 1998 se inició la publicación de las revistas *Evidence Based Nursing* y *Outcome Management for Nursing Practice* y se crearon los centros de *Evidence Based Nursing*^{30, 32}.

En España, en el año 2002 se celebra en Granada la I Reunión sobre Enfermería Basada en la Evidencia³¹, donde se adopta la siguiente definición: “La Enfermería Basada en la Evidencia es el uso consciente y explícito, desde el mundo del pensamiento de las enfermeras, de las ventajas que ofrece el modelo positivista de síntesis de la literatura científica de la medicina basada en la evidencia, integrado en una perspectiva crítica, reflexiva y fenomenológica tal que haga visible perspectivas de la salud invisibilizadas por el pensamiento hegemónico”.

De esta forma, se observa que lo que comenzó en los años noventa como un movimiento que atendía prácticamente de forma exclusiva a la Medicina, unos años más tarde se adhiere a la profesión de Enfermería, empezando a dejar un legado que se hará patente tanto en la práctica enfermera; como en la gestión, pues ambos son términos íntimamente relacionados; en la investigación y en la educación.

A raíz del reciente desarrollo del EEES se han realizado diversos estudios relacionados con el desarrollo de las competencias. Así, se ha encontrado una revisión³³ en la que las autoras agrupan las competencias existentes en la Unión Europea identificadas en estudios y documentos anteriores al EEES, por áreas de competencia en el Grado en Enfermería, con la intención de que esta agrupación ayude al desarrollo de los planes de estudio de enfermería al amparo del EEES. En total identificaron ocho categorías principales:

- a) Valores y ética en la práctica profesional.
- b) Intervenciones enfermeras.
- c) Habilidades interpersonales y de comunicación.
- d) Capacidad cognitiva para el conocimiento.
- e) La mejora de la calidad y su evaluación en enfermería.
- f) El desarrollo profesional.
- g) Liderazgo, gestión y trabajo en equipo.
- h) La utilización de la investigación.

El área de competencia relativa a la utilización de la investigación hace referencia a conocer y saber reconocer la última investigación producida, además de la calidad de la misma, sabiendo, en última instancia, realizar la utilización de este conocimiento. Las autoras argumentan que los estudiantes de enfermería deben utilizar los conocimientos que la investigación aporta, además de basar su práctica en las últimas evidencias disponibles.

Se hace patente pues que una gran área de las competencias que se deberían desarrollar a propósito del EEES en los estudios en Enfermería pertenece a la Investigación y, por supuesto, a la Práctica Basada en la Evidencia.

La PBE ha tenido pues su impronta en la educación en Enfermería, pero no sólo a nivel Europeo, sino a nivel Internacional. Así pues, el Instituto de Medicina de Estados Unidos (IOM) en su informe del año 2003, según Stevens³⁴, realiza una invitación a cambiar de forma profunda los programas educativos tanto de Enfermería como de Medicina, Farmacia y otros profesionales de la salud, con la intención de proporcionar una atención al paciente más segura y con mayor calidad. Este cambio supone una

revisión en la forma en la que los profesionales de la salud son educados, tanto en el ámbito académico como en el laboral. Para conseguir este cambio profundo, el IOM aboga por poner las miras en una atención centrada en el paciente y, teniendo en cuenta que, cada profesión sanitaria se encontrará integrada en un equipo interdisciplinar en el que en aras de mejora de la calidad, se hará uso de la mejor evidencia disponible; añadiendo que para ejecutar esta acción será necesaria una competencia específica referida a la informática. Resumiendo, el IOM expone las siguientes competencias básicas que deben reunir los profesionales de la salud:

- a) **Proporcionar una atención centrada en el paciente:** Identificar, respetar y preocuparse por las diferencias de los pacientes, los valores, preferencias y necesidades expresadas; aliviar el dolor y el sufrimiento; coordinar la atención continua; escuchar, informar con claridad, comunicarse y educar a los pacientes; ser capaz de tomar decisiones y llevar a cabo la gestión social; y abogar por la prevención de enfermedades, salud, y la promoción de estilos de vida saludables, incluyendo un enfoque en la salud de la población.
- b) **Trabajar formando parte de equipos interdisciplinares:** cooperar, colaborar, comunicar e integrar la atención en equipo para garantizar que la atención es continua y fiable.
- c) **Emplear la práctica basada en la evidencia:** integrar la mejor investigación con la experiencia clínica y los valores del paciente para conseguir una atención óptima, y participar en actividades de aprendizaje y de investigación en la medida posible.
- d) **Aplicar mejora de la calidad:** identificar los errores y peligros en la atención; entender y aplicar los principios de seguridad básicos; entender continuamente y medir la calidad de la atención en términos de estructura, proceso y resultados en relación con el paciente y las necesidades comunitarias; y diseñar y probar intervenciones para cambiar los procesos y los sistemas de cuidado, con el objetivo de mejorar la calidad.
- e) **Utilizar la informática:** comunicar, gestionar el conocimiento, mitigar el error, y la toma de decisiones de apoyo utilizando la tecnología de la información.

Este profundo cambio, se vislumbra en publicaciones posteriores como la que realizan Missal B, Kaiser Schafer B, Halm MA y Schaffer MA³⁵ en el que integran de forma muy motivadora el aprendizaje por parte del estudiantado de enfermería sobre la PBE con la práctica clínica hospitalaria. Así, el estudiantado realiza el trabajo de búsqueda, síntesis de la evidencia y resúmenes de implantación en la práctica de la evidencia encontrada, los cuales, posteriormente, se trasladan a la realidad asistencial para su implementación a nivel práctico. Parece indiscutible que realizando este trabajo integrado Universitario-Asistencial, la posible brecha que aparentemente existe entre teoría y práctica, entre investigación y práctica se hace inexistente.

1.3.1 GAP Teoría-Práctica.

Realizando una breve reflexión, si se afirma que la PBE surgió para salvar la separación entre la práctica y la investigación, indiscutiblemente, ésta puede salvar la separación entre la práctica y la teoría, teoría derivada principalmente de la investigación, debido a que el EEES apoya de forma incesante tanto la investigación y como la integración de la investigación en la educación.

La enseñanza universitaria en investigación, se ha centrado en formar a investigadores en vez de formar a consumidores de evidencias científicas. Esta forma de enseñanza ha provocado en los alumnos un cierto distanciamiento de los conocimientos sobre investigación y una percepción de falta de utilidad en su práctica diaria³⁶.

La existencia de esta separación, brecha o *gap* entre teoría y práctica clínica en las disciplinas relacionadas con las Ciencias de la Salud es un hecho que parece innatamente aceptado. En el caso de la enfermería, cuando los estudiantes se desplazan a la realidad clínica con la intención de seguir aprendiendo, se encuentran con que los enfermeros utilizan de forma esporádica las evidencias científicas para la resolución de problemas clínicos³⁷.

De esta manera, un estudio cualitativo³⁸ llevado a cabo en Teherán con 21 alumnos de enfermería llevaba a afirmar que la teoría es un conjunto de principios abstraídos de la realidad y que, por lo tanto, se encuentra descontextualizada, por lo que es difícil para los estudiantes de enfermería reconocer cuando es apropiado aplicar dicha teoría a la práctica.

Autores como Scherer & Scherer³⁹ afirman que esta brecha está tan firmemente establecida que siempre existirá, debido a que el conocimiento, refrendado como el “saber”; y la práctica, aceptada como el “saber ser”; se adquieren en espacios totalmente diferentes, asumiéndose la dicotomía existente. Estos autores afirman que la teoría, por lo tanto, debe ser reconceptualizada, de tal forma que la teoría y la práctica se enseñen y se desarrollen una con la otra.

En la misma línea de los autores anteriores, Zierler BK⁴⁰ aporta a la ciencia una reflexión propia desde su visión actual como docente investigadora, habiendo ejercido la práctica asistencial enfermera hace ya más de 25 años. Así, en su opinión, teoría y práctica sí que se encuentran alejadas, llegándose a cuestionar el actual modelo académico de aprendizaje en las facultades de enfermería. Además, con la vista puesta al frente, vierte opiniones tan interesantes como que no sólo se tiene que vincular al máximo el pregrado a la práctica asistencial, sino que también esto debería hacerse en todos los diferentes niveles académicos, es decir, en segundo y tercer ciclo.

A priori, salvar esta brecha parece dificultoso, pero si se implementa el uso de la PBE para intentar salvarla, debido a que la conceptualización de la misma fue diseñada para ello, se puede obtener un resultado positivo. De esta manera, algunas autoras⁴¹ recomiendan el uso de la PBE para disminuir este *gap* ya que, según se expone, es imprescindible que los estudiantes de enfermería aprendan a utilizar la investigación como base para la toma de futuras decisiones clínicas.

1.4 La enseñanza de la Práctica Basada en la Evidencia en el contexto educativo.

En estos momentos, en España se puede disfrutar de verdaderos itinerarios docentes con una amplia y profunda formación. Así, es posible iniciar el contacto en la universidad con el Grado en Enfermería, siguiendo los estudios con Masters oficiales y pudiendo culminar la vida académica con el mayor grado que existe en el ámbito académico, el Doctorado. Todo ello, gracias a la aplicación de la última reforma del sistema universitario español. Pero no por ello se está obligado a seguir esta línea académica si no se está verdaderamente interesado en ella. De esta forma, no se debe olvidar que la formación en investigación también se puede recibir desde la formación continuada y de forma puntual si en un determinado momento surge la necesidad de hacer uso de la misma. Tampoco se debe olvidar el lugar de las especialidades, en estos momentos en pleno desarrollo, las cuales, también deberían tener sus propias competencias y dirigirse hacia la búsqueda de la mejor evidencia disponible en el área de conocimiento específico que traten.

Es innegable que hay un interés especial en la formación de los futuros profesionales en cuestiones relativas a búsqueda, análisis y aplicación práctica de los resultados de la investigación. Esta tendencia viene a confirmar la influencia actual de este nuevo paradigma metodológico, que sin duda debe verse reflejado en los currículos de los tres niveles de formación. Además, autores como Ruzafa³² destacan en una de sus revisiones de la literatura que la exposición temprana a la enseñanza de la investigación contribuye al aumento del número de enfermeras que aceptan la responsabilidad profesional de investigar, y que el interés y la dedicación de estos postgraduados va a tener mucho que ver con el clima de aprendizaje que se haya disfrutado en la educación universitaria y la valoración que se haya dado en ella a la investigación.

Respecto al ámbito de la práctica clínica y las especialidades, la opinión de los expertos sigue un patrón muy similar al descrito en el ámbito académico, priorizando las competencias genéricas que estimulan la actitud crítica, ética, y las capacidades de análisis y síntesis de la información. Si bien en el nivel avanzado de la práctica clínica destacan como más relevantes el desarrollo de la capacidad de liderazgo, de innovación

y creación; y en las especialidades se ha dado mayor importancia a la capacidad para trabajar en equipo.

Además, en cualquiera de los ámbitos educativos que se han expuesto debería tenerse en cuenta que existen una serie de barreras educativas que limitan el desarrollo de la investigación en cuidados y que dificultan la utilización de la PBE. Estas son³²:

- a) La ausencia de contenidos de metodología de la investigación.
- b) La falta de énfasis en mostrar la relación existente entre la teoría y el conocimiento basado en la investigación.
- c) La existencia de docentes sin habilidades de investigación y que tampoco hacen visible su importancia durante la docencia.

En los puntos que siguen se trata la implantación y el método de la Práctica Basada en la Evidencia desde la vertiente académica más básica, valorar las nuevas innovaciones educativas que se pueden realizar para conseguir su verdadera implantación, dirigir la mirada hacia el uso futuro de esta nueva herramienta que puede servir al alumnado como fuerza futura de trabajo y tratar de conocer algún marco teórico en el que basar su implantación.

1.4.1 Dificultades de la Práctica Basada en la Evidencia en Enfermería. ⁴²

La incorporación de la investigación a la práctica clínica, depende de muchos factores, unos se pueden controlar de forma individual y otros, en cambio, no. Además, es de destacar que existen ciertos determinantes de la utilización de la investigación que hay que tener presentes, pues éstos, pueden ayudar a vislumbrar nuevas dificultades que se pueden encontrar a la hora de utilizar la investigación.

Entre estos determinantes, se encuentran las características individuales de las personas que hacen uso de la investigación, las características organizacionales y las características ambientales⁴³. Realizando una pequeña reflexión acerca de estas características se llega a la conclusión de que no hay que olvidar que aunque un profesional esté muy dispuesto a hacer uso de la investigación y aplicar la mejor evidencia disponible en su puesto de trabajo, éste profesional, se halla de forma implícita inmerso dentro de una organización, por lo tanto, no se puede desvincular

totalmente de los determinantes que implican que organizacionalmente se dificulte o se favorezca el uso de esta investigación.

Sabiendo que los determinantes no se pueden desvincular entre sí de una forma fragmentaria, conocer los mismos y añadir a éstos las dificultades que se pueden encontrar para buscar, hallar, implementar y evaluar la mejor Práctica Basada en la Evidencia, puede ser útil para favorecer la andadura a la hora de hacer uso de la mejor evidencia disponible.

Así, en cuanto a las dificultades para el uso de la investigación se refiere, hay que desarrollar la capacidad de vislumbrarlas a tiempo con dos finalidades primordiales: por un lado, que no entorpezcan la labor de llevar a la práctica la mejor evidencia encontrada y, por otro lado, tener la capacidad de anticipar las trabas que pueden surgir y que hay que salvar para continuar y ejecutar la nombrada ya evidencia⁴⁴.

En el apartado siguiente se tratará de desglosar las dificultades que pueden surgir por el camino tanto para encontrar, implantar o evaluar la calidad de la evidencia encontrada.

1.4.1.1 Definición de Dificultades.

Según la RAE, una dificultad⁴⁵ es un inconveniente, oposición o contrariedad que impide conseguir ejecutar o entender bien algo y pronto. Si se centra la atención en la segunda parte de esta definición (el impedimento de conseguir ejecutar o entender algo) se hallará la razón de ser de este apartado, pues se tratará que las barreras o los empeños que se encuentren para desistir en el intento de hacer uso, en cualquiera de sus vertientes de la Práctica Basada en la Evidencia (PBE), no impidan ni ejecutar ni entender esta PBE.

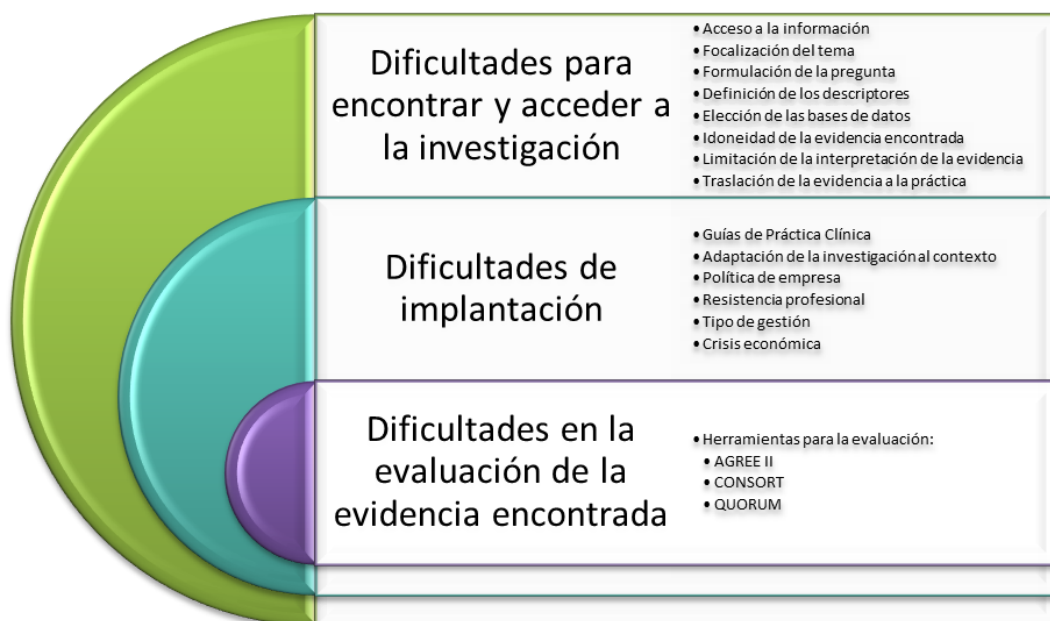
De esta forma, el entendimiento de estas dificultades permitirá planificar estrategias eficaces para superar o mediar en ellas. Por otro lado, también permitirá hacer una reflexión y decidir si una barrera o dificultad es lo suficientemente contundente como para vislumbrar que la aplicación de la PBE no tendrá éxito. Teniendo en cuenta lo descrito, hay que ser capaces de anticipar y sortear los obstáculos antes incluso de que se presenten, con el fin de abogar por el mayor éxito a la hora de hacer uso de la PBE.

1.4.1.2 Niveles de dificultades.

La necesidad de desarrollar diferentes niveles de dificultades o desdoblar éstas en diferentes categorías, viene dirigido hacia el mejor entendimiento. Es decir, se pretende abogar por un desglose de estas dificultades para poder abarcar más ampliamente las mismas, con la intención de desarrollar el máximo número de ellas para ayudar, a su vez, a encontrar solución a las mismas (Figura 3).

Figura 3. Resumen de las dificultades que se presentan para buscar e implementar la investigación.

Fuente: Elaboración propia.



1.4.1.3 Dificultades para encontrar y acceder a la investigación.

a) Acceso a la información

La primera dificultad que se puede presentar, es dónde encontrar la evidencia y, tal vez, una vez encontrada, no se pueda acceder a ella debido al acceso restringido de ciertas bases de datos o al desembolso que se pide por algunos artículos las revistas de más impacto. Para ello, se debe conocer que, por norma general, en las instituciones (hospitales, universidades, etcétera) existe, como regla general, un convenio con cierto número de revistas y de bases de datos. Ello se traduce en que, a través de estas instituciones hay acceso a esas bases de datos y revistas de forma totalmente gratuita

pudiendo hacer uso de ellas para las necesidades del servicio, bien sean de carácter asistencial o docente. La dificultad vertida desde este punto se puede encontrar en la falta de tecnología en las instituciones, en las que no se cuenta con ordenadores para hacer las búsquedas bibliográficas o los sistemas informáticos están conectados a redes obsoletas y lentas que dificultan la navegación en Internet, con la pérdida de esfuerzo y tiempo que esto implica⁴⁶. Además, actualmente, se pueden hallar instituciones que tengan escasos recursos económicos para acceder ilimitadamente a las bases de información científica, pues si bien existe un buen número de ellas de acceso abierto, existen revistas y bases de datos en los que el acceso es por suscripción y a costos elevados.

b) Focalizar el tema para la búsqueda de la evidencia. Formulación de la pregunta

Siguiendo en el avance de estas dificultades, se puede encontrar con que se conoce qué se quiere buscar pero se desconocen ciertos términos para ejecutar la búsqueda. Así, hay que conocer que la focalización del tema para la búsqueda de la evidencia, es decir, la transformación del escenario clínico en la formulación de una pregunta PICO idónea es muy importante a la hora de sentarnos a realizar una búsqueda. Sin una buena pregunta, estructurada y formulada de forma entendible para la comunidad científica resultará muy laborioso obtener resultados fiables y de prestigio.

c) Definición de los descriptores adecuados

Otra dificultad que puede aparecer es la elección y definición adecuada de las palabras clave o descriptores que facilitarán o dificultarán la búsqueda. La elección de los descriptores es muy importante.

d) Elección de las bases de datos

Prosiguiendo con las trabas para llegar a alcanzar la mejor evidencia disponible, se puede encontrar también con la dificultad de no saber elegir dónde encontrar la evidencia. Hay que tener en cuenta que con la creación y expansión de Internet en los últimos años, se ha facilitado el acceso a los profesionales sanitarios (y de los usuarios) a la información sanitaria. Sin embargo, en la práctica, este acceso se encuentra muy dificultado por la excesiva información existente en la red; se trata de información

indiscriminada que se recibe, además, en masa, sin distinción de calidad. Si se trata de informar sobre cualquier problema de salud utilizando los motores de búsqueda generales (tipo Google o Bing) posiblemente se encuentren millones de resultados con páginas que proporcionan información de dudosa calidad.

e) Idoneidad de la evidencia encontrada

Otra posible dificultad que se puede encontrar, y muy especialmente la enfermería, es que la evidencia referente a los cuidados que se deben prestar es muy limitada, a veces, en muchos campos, incluso nula. Por lo tanto, lo que se suele encontrar es investigación secundaria para poder paliar ese vacío de investigación. De este modo, la falta de investigación original de suficiente calidad metodológica que la sustente, hace preciso comenzar por realizar investigación original, materia prima imprescindible para la PBE, y por ende, para desarrollar la profesión, investigación y disciplina.

f) Limitación en la interpretación de la evidencia debido al lenguaje y al nivel previo de conocimientos

Esta dificultad señalada es bastante llamativa en sí misma. En muchos estudios desarrollados en diferentes países se ha encontrado evidencia en relación con el nivel de conocimientos que se debe tener para poder acceder, entender, interpretar e implementar esa evidencia científica que se está buscando. Así, la implementación de la PBE exige el desarrollo de habilidades de evaluación crítica, lo que requiere tiempo, práctica, conocimientos y entrenamiento en el uso de la tecnología de la información, búsqueda en bases de datos; igualmente, exige disciplina de lectura, capacidad analítica y de trabajo en equipo, aspectos que no siempre se cultivan desde la formación profesional. Además, la mayoría de producción científica viene de latitudes ajenas a la realidad española, y en inglés; constituyéndose así el idioma como una de las limitaciones que se encuentran para las revisiones bibliográficas, lo que implica una barrera de tipo académico que aísla al ámbito tratado de la comunidad científica mundial. Al desconocimiento o conocimiento incompleto con habilidades poco desarrolladas, se suma la otra dificultad para aplicar las recomendaciones de la evidencia científica que es la falta de tiempo para la consulta. A estas, le siguen otras desde la vertiente académica como los problemas para interpretar la aplicabilidad de las recomendaciones a la población de pacientes atendidos y la falta de habilidades tanto de búsqueda

bibliográfica, cómo de análisis estadísticos básicos. Estas dificultades pueden ser atacadas desde dos frentes diferentes; por un lado, con la formación académica pregrado, por otro, con la formación continuada. De esta forma se debería motivar a la evaluación permanente, a la lectura crítica, al entrenamiento en el manejo de la información en la búsqueda de bases de datos, al trabajo en equipo y al manejo de una segunda lengua; para tener una mayor preparación teórica y académica que permita a las nuevas generaciones enfrentarse con solvencia al trabajo con las distintas metodologías de la investigación.

g) Traslación de la evidencia a la práctica

Muchas veces no se pueden aplicar los resultados encontrados exactamente a la realidad en la que se encuentra inmerso por diferentes motivos. Algunas veces se duda de la cantidad, el volumen, de resultados obtenidos de una investigación, otras veces, se duda de la calidad de los estudios originales analizados. Para ello, hay que ser críticos también con la evidencia encontrada y no pretender ni creer de forma estricta que toda evidencia publicada va a ser la panacea al problema que se ha planteado. Así, se pueden tratar como dificultad los denominados sesgos de publicación. Algunos autores han demostrado la alta prevalencia de estos sesgos en relación a las variables resultado de los estudios, de esta forma, la falta de publicación de resultados no significativos y la difusión de aquellos que puedan resultar de mayor interés para la industria farmacéutica son motivos más que suficientes para extremar la precaución y el rigor en la interpretación de las revisiones⁴⁷. Además, en determinados estudios, el marketing y la propaganda de esta industria venden la idea que la PBE son los resultados de los ensayos clínicos o metanálisis, pero en realidad, sustentan la promoción de sus productos⁴⁶.

1.4.1.3.1 Dificultades de implantación.

a) Guías de Práctica Clínica (GPC)

Los resultados al realizar una búsqueda específica pueden dar un resultado difícilmente manejable, pues un profesional que intente mantenerse al día sólo en su especialidad debería leer, más de 100 artículos completos cada semana. Por ello, se hace patente la necesidad de utilizar herramientas que recopilen de forma ágil y actualizada la evidencia

científica publicada sobre un tema. Es el caso de la información recopilada a través de las revisiones sistemáticas y metanálisis, que, además, esta información se verá organizada a través de las Guías de Práctica Clínica (GPC). Las GPC son un conjunto de “recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica”⁴⁸. Estas guías pueden servir como directrices para solucionar determinados problemas clínicos específicos facilitando esta labor debido a que concentran la evidencia científica⁴⁹.

b) Adaptación de la evidencia, si es necesario, para el contexto en el que se va a trabajar

Si se observan ratios como el tiempo que se establece para atender a un paciente en atención primaria (unos tres minutos actualmente) se puede llegar a la conclusión de que el sistema de salud está diseñado para que la atención se haga en serie, privilegiando la cantidad de atenciones sobre la calidad y calidez. De esta forma, se vuelve a versar sobre que esta dificultad impide que los profesionales dispongan de tiempo suficiente para discutir con los pacientes lo relacionado al diagnóstico, alternativas de tratamiento y pronóstico, por lo tanto, no aboga en sí mismo por la práctica de la PBE.

c) Política de empresa

Hay que tener en cuenta que existen estudios que patentan que la adherencia a las recomendaciones de la evidencia científica sobre un determinado proceso asistencial es mayor en centros académicos, mejora si se realiza una adecuada revisión de los perfiles profesionales que intervienen en el proceso y parece aumentar el seguimiento a medida que disminuye el número de servicios y perfiles profesionales implicados⁴⁷. Por lo tanto, teniendo en cuenta estos tres pilares fundamentales, se podrá insistir en determinadas áreas para la implantación y seguimiento de la PBE. Asimismo, se cree que las enfermeras gestoras tienen un papel fundamental que desempeñar en la reducción de estas barreras y, también, tienen la capacidad para proporcionar un contexto organizacional que permita la instauración y evaluación de la PBE. En este caso, desde la vertiente gestora, el tiempo puede volver a señalarse como un problema.

d) Resistencia profesional

Esta dificultad denominada la resistencia de algunos profesionales al cambio es otra de las dificultades con la que lidiar. Esta dificultad puede verse incrementada por la falta de conocimientos que se trataba en párrafos anteriores. A la carencia de ciertas habilidades como la lectura de artículos científicos, se le añade la escasa formación en metodología de la investigación. Y, de no ser suficiente con esto, hay tener en cuenta que algunos profesionales del colectivo enfermero pueden tener ciertas dificultades para asumir las responsabilidades propias de un profesional autónomo, dada su trayectoria profesional previa. Por ello, se cree que en este punto es favorable destacar y conceder como propuesta de mejora el denominado “fenómeno de convergencia”. Este fenómeno se basa en la tendencia de los profesionales a aprender, más allá de sus propias experiencias, de las de otros profesionales de su entorno en los que confían. Este fenómeno, puede ser de utilidad para lograr el éxito en la difusión de buenas prácticas, ya que, según se explica en el mismo, las prácticas en entornos cercanos tienden a converger. De esta manera, la implantación de un plan de mejora en un servicio concreto de un centro sanitario, no se limitará a dicho servicio, sino que tendría repercusiones positivas en toda la organización. Además, no hay que olvidar proporcionar al personal la oportunidad de discutir cualquier desacuerdo que se considere o que tengan con la guía, tratando de llegar a un consenso⁵⁰.

e) Tipo de gestión de la empresa

El tipo de gestión de la empresa en la que se esté previendo implantar la PBE puede ser una dificultad o un facilitador para dicha práctica. Se conoce que hay barreras en los profesionales y en las instituciones que impiden aplicar los resultados en el cuidado de los pacientes y que es necesario superar para que los cuidados de calidad lleguen a sus destinatarios. Por ello, los papeles gestores vuelven a recuperar protagonismo y se destaca que una adecuada colaboración entre todos los niveles de la organización sanitaria es imprescindible para mejorar la práctica clínica⁵¹. Además, la adherencia de los profesionales a la evidencia científica y su concienciación con el buen uso de la tecnología sanitaria pasa porque éstos dispongan de datos fiables, y en el menor tiempo posible, acerca de la efectividad e impacto económico sobre el sistema que tiene su práctica asistencial. Un estudio⁵² llevado a cabo en Australia en el año 2000, analizó qué

perciben las enfermeras acerca de las dificultades para poner en marcha PBE en sus servicios. El autor, detectó 29 barreras destacables y las ordenó en un ranking de más destacadas a menos. Es muy llamativo observar que en el segundo puesto de dicho orden se encuentre que las enfermeras no sienten que tiene suficiente autoridad para cambiar la práctica, hecho que se demostró en 2003 también en Reino Unido⁵³. Tal vez este sentimiento esté ligado a la supeditación de la labor de enfermería al trabajo de los profesionales médicos y a que la gestión de la empresa o la política de la misma restringen su trabajo debido a diversos motivos económicos u organizacionales.

f) Crisis económica

La crisis económica no favorece en nada la investigación ni la implantación de nuevas prácticas. De hecho, es por todos conocido que, actualmente en España, se están viendo afectados numerosos estudios de investigación. Asimismo, gran parte de los investigadores españoles están emigrando hacia países que sí apuestan por la investigación como punto de apoyo en el desarrollo económico. A esto hay que sumar que en este país la información sobre los costes de producción de servicios sanitarios es pobre. La contabilidad analítica está poco desarrollada, existiendo una falta de normalización que dificulta la comparación entre diferentes centros⁴⁷.

1.4.1.3.2 Dificultades en la evaluación de la evidencia encontrada.

a) Herramientas para la evaluación

Se han tratado en puntos anteriores que las GPC pueden ser una gran ayuda a la hora de buscar y encontrar concentrada la PBE, de forma que éstas ayuden como guía y directriz cuando se plantea un problema determinado que se desee resolver con la mejor evidencia. Es cierto que estas guías pueden ayudar pero también se debe reconocer que las GPC tienen algunas limitaciones ya que existe variabilidad en la calidad de las mismas, esto es, en la validez y viabilidad de sus recomendaciones. Existen herramientas para evaluar la calidad de una guía siendo la más utilizada el instrumento AGREE. El instrumento AGREE es una herramienta que evalúa el rigor metodológico y la transparencia con la cual se elabora una guía. Este instrumento ha sido refinado dando lugar a la nueva herramienta AGREE II. El objetivo de AGREE II es ofrecer un marco para⁵⁴:

1. Evaluar la calidad de las guías.
2. Proporcionar una estrategia metodológica para el desarrollo de guías.
3. Establecer qué información y cómo debe ser presentada en las guías.

Algunos autores establecen ciertas claves para mejorar el seguimiento de los programas asistenciales. Entre estas claves se encuentran:

- a) Establecer objetivos claros en la organización, con incentivos financieros alineados con la mejora de calidad;
- b) La condición de ser personal de staff, asalariado y que trabaja en equipo; y
- c) La disponibilidad de registros electrónicos y software que facilitan el seguimiento de pacientes y proporcionan información a los profesionales sobre el impacto de sus decisiones.

Si la evidencia que más se adapta a las necesidades en el momento de buscarla viene reflejada como Ensayo Clínico Aleatorizado (ECA), hay que conocer que también existe forma de evaluar dicho ensayo. Así, la metodología de los ECAs debe ser descrita con exactitud y con transparencia, como también, su diseño, ejecución, análisis y resultados. Sin embargo, la información facilitada en las publicaciones es muchas veces insuficiente o inexacta. Estas carencias motivaron el desarrollo de la Declaración CONSORT (CONsolidated Standards Of Reporting Trials) en 1996 y su posterior revisión en 2001⁵⁵. La última revisión se ha llevado a cabo en el año 2010, de esta forma, la Declaración CONSORT 2010 consta de una lista de comprobación de 25 ítems que se consideran críticos y que por tanto deberían incluirse en todo informe de un ensayo clínico⁵⁵.

Por otro lado, si la evidencia que se halla está descrita dentro de un Ensayo Clínico Controlado (ECC) con metanálisis, la Declaración QUORUM puede ayudarnos a evaluar su calidad. Esta declaración se establece como un protocolo de control de calidad de los ECC y describe la forma de presentar el resumen, la introducción, los métodos, los resultados y la discusión del informe de un metanálisis. Está organizada en 21 categorías y subcategorías destinadas a que los autores proporcionen información sobre búsquedas, selección, evaluación de la validez, análisis de los datos, características del estudio, síntesis de datos cuantitativos y flujo de pruebas. Además, se

pide a los autores que presente un diagrama de flujo que aporte información sobre el número de ECC identificados, incluidos y excluidos, y que se reseñe los motivos de exclusión. Así, esta declaración pide a los autores que sean explícitos sobre la situación de sobre la situación de la publicación de los informes incluidos en un metanálisis⁵⁵.

A continuación se exponen las barreras identificadas por los profesionales de la enfermería y medicina sobre la aplicación de la Práctica basada en la evidencia⁵³:

- a) Los médicos y enfermeras por igual definen las siguientes barreras:
- b) La falta de tiempo para leer los resultados de la investigación o implantar nuevas ideas.
- c) La falta de servicios o recursos.
- d) La falta de personal experimentado en PBE.
- e) La falta de capacitación en PBE.
- f) PBE está insuficientemente apoyada por el personal y la gestión.
- g) La evidencia no es de fácil acceso.
- h) Desconocimiento de investigación.
- i) La evidencia no es generalizable en todos los contextos.

Los médicos, en cambio determinan como dificultad en su colectivo:

- a) La falta de evidencias.
- b) Evidencia controvertida.
- c) La evidencia no se incorpora en la práctica clínica.
- d) PBE influye negativamente habilidades médicas y en la libertad de decisión.

Mientras que las Enfermeras explicitan que sus barreras más destacadas son:

- a) La evidencia está escrita en idioma extranjero.
- b) La falta de autoridad para cambiar la práctica.
- c) La estadística o la propia investigación incomprensible.
- d) Las implicaciones para la práctica no están claras.

1.4.2 Marcos teóricos de implantación de la Práctica Basada en la Evidencia.

Desde que se inició el movimiento de la práctica basada en la evidencia ha crecido en influencia de forma exponencial, y se ha extendido, como se ha visto, a través de muchos otros campos, como la educación.

Es inherente a la realidad del campo académico que se necesita un procedimiento, es decir, una metodología para lograr implantar, a través de innovaciones docentes nuevos conceptos y que éstos lleguen a buen fin. Se añade, además, que la brecha que se percibe por parte del estudiantado de enfermería se observa con gran preocupación desde la tarima, puesto que en ningún caso se pretende que el conocimiento aportado sea fragmentario y que los nuevos aprendizajes se queden en la cartera una vez se abandone el aula.

Debido a esto, es importante plantearse de qué forma hay que modelar el currículum enfermero para que la formación en investigación y en Práctica Basada en la Evidencia sea percibida como útil por los actuales estudiantes de enfermería. Por ello, ha sido necesario que surja una formación específica basada en la evidencia para que se aprenda, mediante la integración de la teoría en la práctica, a saber elegir los mejores resultados de investigación que resuelvan sus dudas clínicas.

Una revisión⁵⁶ realizada en el año 2012, aporta que actualmente existen 23 modelos diferentes para guiar la búsqueda y la aplicación de la Práctica Basada en la Evidencia. A continuación se exponen brevemente los modelos de aprendizaje en la PBE más usados en el ámbito internacional.

I. Rosswurm y Larrabee Model.

Rosswurm y Larrabee (1999) propusieron un modelo para orientar a las enfermeras a través de un proceso sistemático para el cambio de la práctica basada en la evidencia (ver Figura 1). Este modelo reconoce que la traducción de la investigación a la práctica requiere una base sólida en la teoría del cambio, los principios de utilización de la investigación y el uso de nomenclatura estandarizada. El modelo tiene las siguientes seis fases^{57, 58} (Figura 4):

- a) Evaluar la necesidad de un cambio en la práctica.
- b) Vincular el problema con las intervenciones y los resultados.
- c) Sintetizar la mejor evidencia.
- d) Diseño de un cambio en la práctica.
- e) Implementar y evaluar la práctica.
- f) Integrar y mantener el cambio de la práctica.

Figura 4. Modelo de Rosswurum y Larrabee. Fuente: Adaptada de Medscape.



II. Stetler Model.

Originalmente se creó como un modelo para respaldar la utilización de la investigación. Aunque fue desarrollado por primera vez en 1976, no fue hasta el año 2001 cuando se depuró más el modelo en base a una metodología de revisión integradora. Se centra en una serie de actividades de juicio acerca de la idoneidad, la conveniencia, la viabilidad y la forma de utilización de los resultados de investigación en la práctica, tanto individual como en grupo^{57, 59}.

Las fases a seguir en este modelo serían los siguientes⁶⁰:

Fase I: Preparación. En esta fase se trata de identificar el propósito de consultar las pruebas (por ejemplo, necesidad de resolver un problema o revisión de un protocolo existente) y fuentes relevantes. Reconocer la necesidad de considerar importantes factores contextuales que podrían influir en la ejecución.

Fase II: Validación. Evaluar cada fuente de la evidencia de su nivel de confianza general, la aplicabilidad y los detalles de funcionamiento, con la suposición de que un estudio metodológicamente débil aún puede proporcionar información útil a la luz de

pruebas adicionales. Resumir detalles importantes relacionados con cada fuente para ver las implicaciones para la práctica de la siguiente fase.

Fase III: Evaluación comparativa. Determinar si es factible aplicar los resultados hallados en la fase anterior, sobre unos criterios de aplicabilidad. Los resultados en esta fase pueden ser:

- a) Decidir utilizar los resultados de la investigación.
- b) Considerar la recopilación de información interna adicional antes de actuar.
- c) Retrasar el uso de la misma, ya que es posible que se requiera investigación adicional.
- d) Rechazar o no utilizar.

Fase IV: Traslación/Aplicación. Sintetizar cómo se realizará la aplicación de los resultados, identificando implicaciones para la práctica.

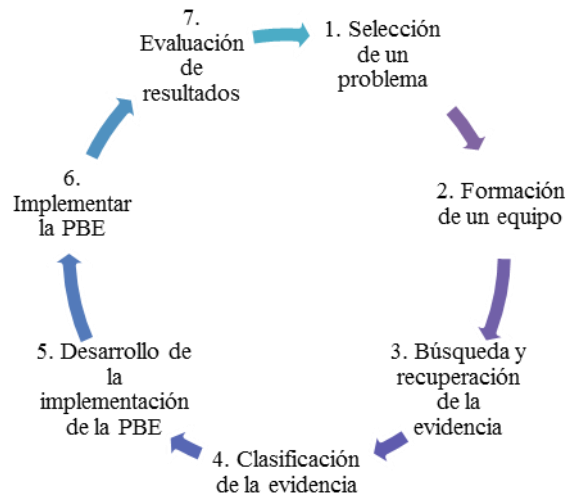
Fase V: Evaluación. La evaluación se llevará a cabo tanto en términos de resultados previstos como en coste-beneficio.

III. El modelo Iowa.

Este modelo se desarrolló en el año 2001. Muchos estudios llevados a cabo desde entonces, han aplicado su metodología para buscar e implementar la evidencia encontrada. Según algunos autores, este modelo ofrece un camino práctico con decisión de si aplicar la investigación en la práctica o no⁶¹. Otros autores, expresan que el modelo ayuda a cuestionar continuamente las prácticas, en busca de la mejora de la calidad de los cuidados y la seguridad de pacientes, familias, personal y la organización⁶².

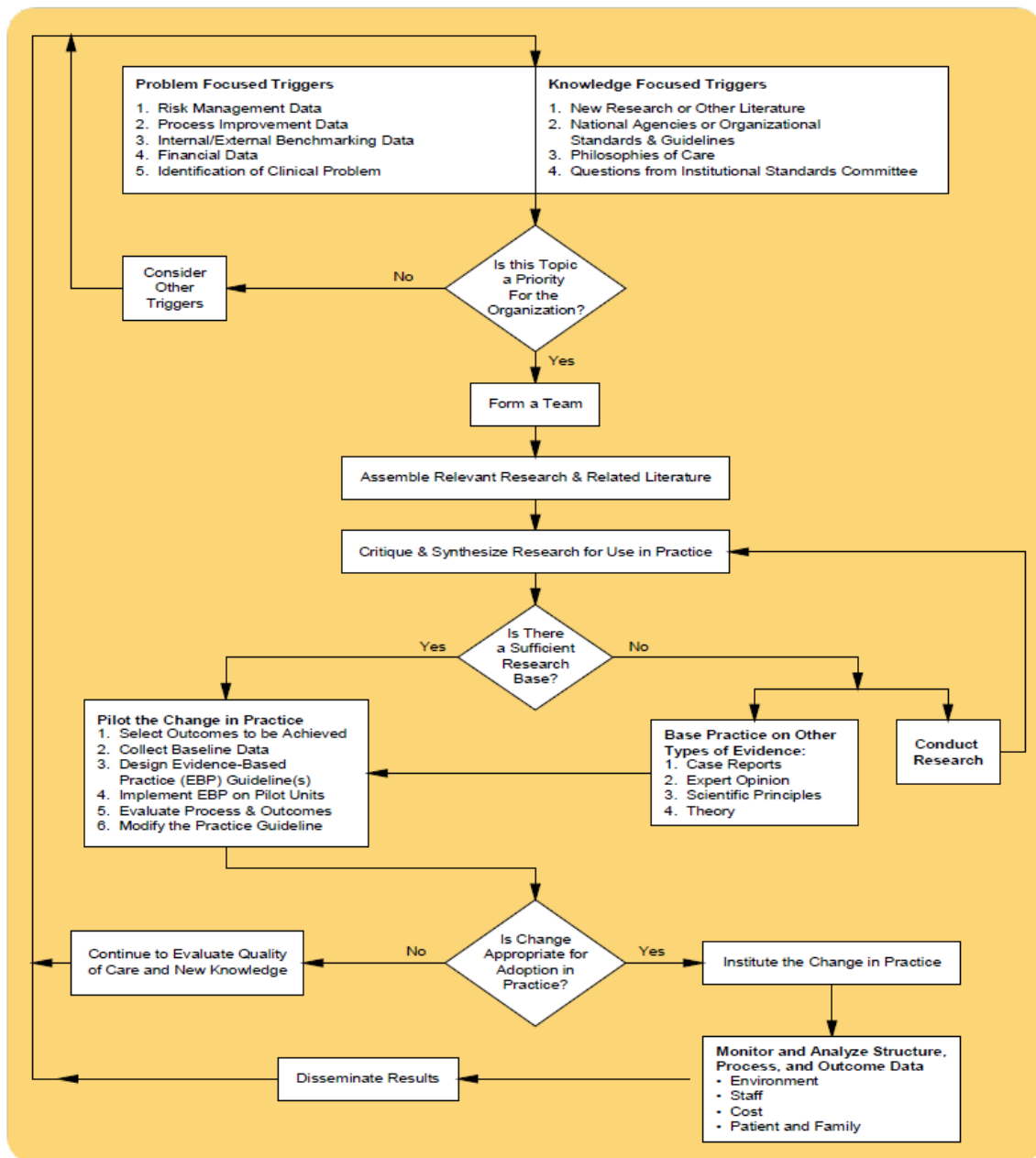
Este modelo está compuesto por los pasos⁶¹ señalados en la Figura 5:

Figura 5. Los siete pasos del Modelo Iowa. Fuente: Elaboración propia.



A parte de determinar los pasos a seguir por el modelo. Éste se complementa con un árbol de decisiones en función de unos puntos de decisión, el cual, se expone en la figura 6 (*Used/Reprinted with permission from the University of Iowa Hospitals and Clinics and Marita G. Titler, PhD, RN, FAAN. Copyright 1998*).

Figura 6. Modelo Iowa de Práctica Basada en la Evidencia.



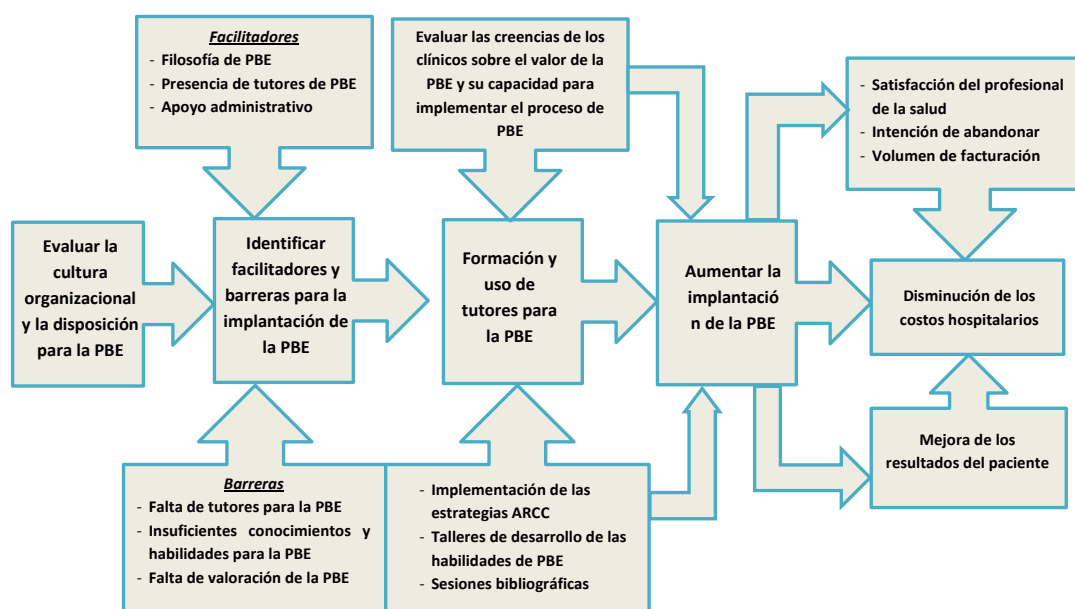
IV. The Advancing Research & Clinical Practice through Close Collaboration Model (ARCC model).

Este modelo fue conceptualizado por primera vez en 1999 por Melnyk como marco teórico para ayudar a las enfermeras en la aplicación de Práctica Basada en la Evidencia a través de mentores. En el año 2002 este modelo se desarrolló aún más y, actualmente, sirve como una guía para avanzar en la implementación de la PBE. Se entiende como mentor una enfermera experimentada con un conocimiento profundo de la PBE y

conocimientos teóricos y prácticos de la clínica y con habilidades para tutorizar en PBE y que facilite la mejora del cuidado del paciente y en sus resultados de salud, implementando la PBE^{57, 63}.

El primer paso de este modelo (Figura 7) es la evaluación de la cultura de la organización donde se halla la enfermería inmersa y la vislumbración de las barreras o facilitadores que pueden ser identificados en dicha organización^{57, 63}.

Figura 7. ARCC Model. Fuente: Adaptada de Melyn & Fineout-Overhoit.



V. El ACE Star Model.

Es un modelo para la comprensión de los ciclos, la naturaleza y características de los conocimientos que se utilizan en diversos aspectos de la práctica basada en la evidencia (PBE). El modelo organiza los antiguos y los nuevos conceptos de mejora de la atención en su conjunto y proporciona un marco organizacional de los procesos y los enfoques de la PBE. Para Stevens, la transformación del conocimiento se produce cuando las evidencias provenientes de resultados de investigación primarios producen, a través de una serie de etapas y formas, una modificación en los resultados de salud en el cuidado del paciente. Este modelo toma su nombre “star”, debido a que una estrella de 5 puntas ilustra las 5 fases de la transformación del conocimiento^{57, 64}.

Figura 8. ACE Star Model of Knowledge Transformation. Fuente: Stevens



Cada una de las puntas de la estrella de este modelo abarca (Figura 8):

- a) La búsqueda de la investigación.
- b) El resumen de la evidencia.
- c) La transformación a la práctica de las recomendaciones dadas por la evidencia.
- d) La integración en la práctica.
- e) La evaluación de los resultados.

VI. DiCenso, Cullum, Ciliska y Guyatt EBP Model.

Estas autoras no presentan un modelo tal y como se concibe, pero sí es cierto que en su libro aporta una serie de conceptos erróneos que se cometen comúnmente durante la fase de implementación de la PBE. Conociendo estos conceptos erróneos, “*Misconceptions*” en el término en inglés, se puede delimitar la forma de implantación de la PBE, por lo tanto, se puede reflexionar acerca de esto y llegar a la conclusión que estas autoras, sin aportar un modelo en sí mismo, definen una forma de llevar a cabo la implantación de la PBE.

Así, exponen que existen cuatro errores comunes acerca de la PBE. Estos cuatro errores los definen como⁶⁵:

1. La Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) no tiene en cuenta las preferencias y los valores del paciente.
2. La EBE es ateórica.
3. La EBE sólo se nutre con investigación cuantitativa.
4. La EBE pone demasiada atención en los ensayos controlados aleatorios y en las revisiones sistemáticas.

Los términos “valores” y “preferencias” del paciente van dirigidos a la involucración que los pacientes deberían tener, junto con los médicos, a la hora de tomar decisiones de gestión. De esta forma, estas decisiones deberían ser totalmente informadas, con una ponderación profunda por parte del paciente de los beneficios y los riesgos que provocan tomar ciertas decisiones⁶⁵.

En cuanto a que la EBE es ateórica, las autoras defienden los cuatro patrones de conocimientos definidos por Carper en el año 1978, los cuales exponen el: Conocimiento empírico (ciencia de la enfermería); Conocimiento estético (arte de la enfermería); Conocimiento moral (ética de la enfermería) y Conocimiento personal (uso terapéutico de uno mismo); que las autoras enlazan con cada una de las partes que debe poseer un modelo de PBE para tomar decisiones clínicas (Figura 9)⁶⁵.

Figura 9. Toma de decisiones clínicas basadas en la PBE. Adaptación DiCenso, Guyatt y Ciliska.



En cuanto al tercer error, es decir, que la EBE sólo se nutre de investigación cuantitativa, defienden que la tensión entre la investigación cuantitativa y cualitativa está desapareciendo, haciendo patente que ambos métodos son cruciales para el avance de la disciplina enfermera⁶⁵.

Por último, se expone que siempre que sea posible, deben emplearse las revisiones sistemáticas, debido a la robustez metodológica que poseen⁶⁵.

VII. Clinical Scholar Model.

En este modelo, existe una enfermera clínica experta que sirve como un “académico clínico”, éste recibe el nombre de mentor dentro del modelo. Este mentor, coordina, supervisa y evalúa la formación clínica de los estudiantes de enfermería en colaboración con la facultad de enfermería⁶⁶.

Este modelo permite realizar una asociación práctica de enseñanza centrada en la mejora de los resultados de la educación en enfermería clínica. Este modelo se ha implementado en numerosos centros debido a que sirve como guía en la identificación de problemas y preguntas de investigación. Además, proporciona un marco para criticar y sintetizar la evidencia externa e interna^{66, 67}.

1.4.3 Innovación educativa a propósito de la Práctica Basada en la Evidencia.

Si se enumeran algunas de las características deseables de los estudiantes de enfermería para la investigación, se observa que, entre otras, habría que destacar:

1. Una disposición favorable hacia la innovación.
2. Una motivación hacia la formación permanente.
3. Una reflexión crítica sobre la práctica profesional.
4. Una valoración del conocimiento científico sobre otras formas de conocimiento.
5. Una predisposición a compartir el conocimiento.
6. Una orientación hacia la aplicación práctica del conocimiento.

Está, por lo tanto, plenamente justificado el empeño en conocer las características y funciones de las actitudes, así como las posibilidades existentes para su enseñanza y aprendizaje.

Según Sarabia⁵⁵, cuando se trata el término actitudes se hace referencia, en el lenguaje coloquial, a lo que hace que una persona pueda tener pensamientos o sentimientos hacia cosas o personas que le gustan o le disgustan. La psicología social también se usa constantemente el concepto actitud. Se les ha llamado constructos hipotéticos al proceso o entidad que se supone que existe aun cuando no sea directamente observable o medible. Así, una actitud, es menos duradera que el temperamento. Dado que se considera que una actitud es un constructo hipotético, ha de ser definida por las propiedades que se le asignan. Una actitud, por lo tanto, es:

- a) Una organización duradera de procesos motivacionales.
- b) Una tendencia o predisposición del individuo para evaluar un objeto o el símbolo de ese objeto.
- c) Una predisposición relativamente estable de la conducta en relación con un objeto o sector de la realidad.

Si el componente motivacional no estuviera presente, no se podría hablar de actitud. Las manifestaciones verbales de las actitudes se denominan opiniones y expresan un posicionamiento evaluativo o predictivo de la persona respecto del objeto de su opinión.

Las actitudes se distinguen de las cogniciones o creencias por la presencia del afecto en la persona a la que aquellas se refieren.

Las actitudes son las tendencias o disposiciones adquiridas y relativamente duraderas a evaluar de un modo determinado un objeto, persona, suceso o situación y actuar en consonancia con dicha evaluación. La formación y el cambio de actitudes opera siempre con estos tres componentes:

- a) Componente cognitivo
- b) Componente afectivo
- c) Componente conductual

Estos tres componentes actúan de modo interrelacionado y así han de ser tratados en todo enfoque que trate de aproximarse a la realidad y de explicar qué es lo que ocurre⁴⁹.

Siguiendo el mismo autor⁵⁵, expresa que las actitudes guían los procesos perceptivos y cognitivos que conducen al aprendizaje de cualquier tipo de contenido educativo. Por lo tanto, conociendo que las actitudes son constructos hipotéticos aprendidos y que tienen componentes tanto cognitivos como afectivos y conductuales, se puede modelar o intentar conducir al alumnado para llegar a adherirse a la actitud que desde el profesorado se pretende.

Además, se puede añadir que actitudes y conocimientos están estrechamente vinculados, hasta el punto que la condición para lograr un aprendizaje significativo, es la predisposición favorable hacia la comprensión (actitud); es decir, la búsqueda de significado y sentido de lo que se aprende (conocimiento). Según Novak y Gowing⁵⁴ para lograr un aprendizaje significativo, se debe realizar un esfuerzo deliberado por relacionar los nuevos conocimientos con conocimientos ya existentes en la estructura cognitiva. Además proponen la orientación hacia aprendizajes relacionados con experiencias, hechos u objetos. Por último, sugieren la implicación afectiva para relacionar los nuevos conocimientos con aprendizajes anteriores.

Uno de los recursos más utilizados para activar los conocimientos previos es el planteamiento de “situaciones problema”. Esta estrategia, consiste en plantear un suceso real, o imaginario, sobre el que realizar una predicción, dar una explicación, o encontrar

una solución. La búsqueda de conflictos cognitivos, es un objetivo deseable, ya que obliga a reorganizar o ajustar las ideas.

Según Coll⁵⁵ et al para fomentar aprendizajes significativos hay que tener en cuenta las siguientes propuestas:

- a) Partir de los conocimientos previos con los que los alumnos llegan al aula.
- b) Diseñar actividades de aprendizaje y enseñanza que activen los conocimientos previos de los alumnos.
- c) Fomentar, a través de esas actividades, la reflexión de alumnos sobre sus propias ideas, haciendo que tomen conciencia de ellas.
- d) Las ideas de los alumnos no deben concebirse como un obstáculo para el aprendizaje conceptual, sino como un vehículo para el mismo, no se trata de que aprendan a pesar de sus conocimientos, sino a través de ellos.
- e) Impulsar el desarrollo de nuevas concepciones a partir de sus ideas previas.
- f) La comprensión progresiva de los conceptos nuevos, no se trata de sustituir unas ideas por otras, sino de una estructura por otra.
- g) Presentación de un modelo explicativo o predictivo para que los alumnos tomen conciencia de las debilidades de las concepciones previas.

Por tanto, se considera que los factores que influyen en la adquisición de competencias son diversos y están influenciados por múltiples factores. La modificación de las habilidades, conocimientos y actitudes en los estudiantes suponen un reto para los docentes que deben planificar de manera coordinada y coherente de acuerdo con la caracterización realizada del concepto de competencia.

1.4.4 Evaluación de la competencia de la Práctica Basada en la Evidencia.

Como se acaba de ver, la implantación de la PBE en la docencia ha tenido gran repercusión debido a la propia importancia de la investigación para la disciplina enfermera y, por ello, no es menos importante, el conocer herramientas que faciliten la evaluación del estado de la competencia tras la implantación de la nombrada Práctica Basada en la Evidencia.

Realizando un recorrido cronológico de estas herramientas, se puede vislumbrar que se centran en habilidades como la utilización de la evidencia disponible, pero además, añaden la evaluación de la lectura crítica y la búsqueda bibliográfica.

En el año 2006 se publicó una revisión sistemática⁶⁸ que identificó un total de 104 instrumentos con este fin. Esta revisión ya vertía que las herramientas habían sido administradas mayormente a los estudiantes de medicina, y por otro lado, a postgraduados, evaluándose, con mayor frecuencia, las habilidades necesarias para llevar a cabo la Práctica Basada en la Evidencia, pero con la intención de medir la competencia de la PBE, los planes de estudio en lo referente a la PBE y el comportamiento del estudiante frente a la PBE. Esta revisión concluía que era necesario un mayor desarrollo y validación de los instrumentos para poder evaluar las actitudes, los conocimientos y las habilidades que engloban la PBE. En enero de 2015 se publica un nuevo artículo en el que se expone las propiedades psicométricas de un nuevo instrumento sobre la percepción de la PBE en estudiantes postgraduados de enfermería⁶⁹.

Entre los cuestionarios más relevantes para medir actitudes, comportamientos e, incluso, intención de conducta, en relación a las competencias de la PBE se encuentran: Berlin Questionnaire⁷⁰, Fresno Test⁷¹, KAB Questionnaire for EBP⁷² y Taylor et al⁷³. Algunos de estos cuestionarios han sido diseñados exclusivamente para el ámbito médico, otros en cambio, no especifican el ámbito profesional de aplicación.

Es de destacar también que sólo dos instrumentos de evaluación de los anteriormente nombrados, se han desarrollado específicamente para evaluar todos los aspectos de la competencia de la Práctica Basada en la Evidencia, es decir, estos dos instrumentos evalúan todos los pasos del proceso de la PBE. De las dos herramientas (Berlin Questionnaire y Fresno Test), sólo el Fresno Test evalúa la competencia de PBE en todos los ámbitos relevantes. Sin embargo, ambas herramientas se centran en la evaluación de la competencia de PBE en estudiantes de medicina, por lo tanto, no se pueden extrapolar para evaluar la nombrada competencia en otras disciplinas de las ciencias de la salud⁷⁴, sin la previa validación de los mismos en otros ámbitos disciplinarios.

En lo referente a la elaboración de instrumentos *ex profeso* para la evaluación de la PBE en enfermería se hallan varios antecedentes. Aunque también se puede destacar que existen otros instrumentos que derivan de los anteriormente nombrados y que pretenden adaptarse al ámbito de la enfermería.

Centrándonos en las herramientas desarrolladas para el ámbito enfermero, se acota en orden cronológico.

En el año 2001 se publicó la primera herramienta validada que evaluaba a través de las enfermeras los facilitadores y las barreras para el desarrollo de la enfermería basada en la evidencia. Un hándicap encontrado en esta escala es que se desarrolló en el ámbito sanitario Australiano, por lo tanto, la conclusión abordaba únicamente la mejora de la enfermería basada en la evidencia en Australia⁷⁵.

Cinco años después, en el año 2006, Upton & Upton⁷⁶ desarrollaron un nuevo cuestionario sobre PBE para enfermeras. Este cuestionario iba dirigido a informar sobre los conocimientos, prácticas y actitudes que las enfermeras poseen respecto la PBE. Este cuestionario se desarrolló en Reino Unido y debido a los resultados psicométricos que aporta, resulta una herramienta robusta para la evaluación de la eficacia de intervenciones educativas en PBE.

Posteriormente, año 2007, Gerrish⁷⁷ et al validaron una herramienta dirigida a evaluar los factores que influyen en el desarrollo de la Práctica Basada en la Evidencia entre las enfermeras clínicas. Como conclusión principal se aportó que a través de este cuestionarios se pueden tener presentes estrategias para promover la PBE entre las enfermeras, según sus necesidades. Por otro lado, aunque los resultados son consistentes hay que tener presente que este cuestionario se validó en el ámbito clínico.

Por último, a nivel internacional, se encuentra que en el año 2011, una nueva herramienta revelaba que aunque constaba una actitud positiva hacia la PBE por parte de las enfermeras, existían barreras que obstaculizaban su adopción. Es importante esta conclusión debido a que esta herramienta no evaluaba las barreras existentes sobre PBE, sino también los conocimientos que las enfermeras poseen sobre la misma y las actitudes hacia ella⁷⁸.

En cambio, no es hasta el año 2010 cuando se publica un instrumento que evalúa la competencia de PBE en estudiantes de enfermería. Estos autores⁷⁹ desarrollaron un cuestionario dedicado a evaluar las actitudes, el uso y el conocimiento de la PBE en estudiantes de enfermería. Esta interesante herramienta fue desarrollada en el ámbito universitario estadounidense.

Es de destacar que toda la literatura encontrada hasta el momento con la intención de evaluar la competencia de PBE en enfermería está desarrollada en otros ámbitos diferentes al que se desenvuelve el presente estudio. Es decir, cada uno de los cuestionarios que se han expuesto se encuentran desarrollados en inglés, además, de pertenecer, en su mayoría, al ámbito clínico. Tan sólo una herramienta ha sido desarrollada en el ámbito académico pero en un entorno no totalmente exacto al universitario español. Ello, hace que se busquen nuevas herramientas en el ámbito estudiado.

En esta búsqueda se encuentra la herramienta desarrollada en el año 2012 en una universidad española. Esta herramienta, denominada CACH-PBE^{80, 81} debido a que mide los Conocimientos, Actitudes y Habilidades referentes a la Práctica Basada en la Evidencia en estudiantes de Enfermería, aporta unos resultados robustos de la misma. Así, vierte una consistencia interna de 0,88 medida con Alpha de Cronbach. Por otro lado, las autoras informan de que no se ha comprobado validez de constructo de este instrumento, siendo totalmente comprensible, debido a que no existe un Gold Standard anterior que haga posible esta comparación. Por último, destacar que el instrumento evalúa la percepción que tiene el estudiante respecto a la competencia de PBE, permitiendo medir el cambio sucedido en términos de conocimientos, habilidades y actitudes en el estudiantado de enfermería a través de una intervención educativa, ya que, demuestra una buena sensibilidad a los efectos de la formación.

1.4.5 La transversalidad de la Investigación en el Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I.

Determinadas las diversas dificultades para hallar e implementar la Práctica Basada en la Evidencia y los marcos teóricos que se pueden hacer servir para implantar ésta, se

abordará en este apartado la necesidad de implantar una metodología que abogue por la suplencia de estas dificultades en la vertiente académica pregrado.

Así pues, la Práctica Basada en la Evidencia (PBE) se considera actualmente un eje fundamental a la hora de actuar en el entorno clínico. Tanto es así que se remarca que el Proyecto Tunning, en la búsqueda para realizar un aprendizaje idóneo en un entorno clínico propone que, en ese entorno, se lleve a cabo la investigación o la práctica clínica basada en evidencias.

Además, se ha de tener en cuenta que la integración de la PBE en la forma habitual de trabajo requiere de un esfuerzo, es decir, un aprendizaje previo para poder, en primer lugar saber acceder a las pruebas; en segundo lugar, saber interpretar dichas pruebas; y a groso modo, en último lugar, de considerarse necesario, integrar dicha evidencia en el entorno en el que se halla. Todo este esfuerzo, es indisociable del aprendizaje previo que ello conlleva.

En lo referente al ámbito académico, actualmente no hay evidencias suficientes acerca de cuál es el modelo más adecuado para la formación en PBE. Se trata de cuando se debe iniciar este proceso de enseñanza puesto que este hecho puede ser relevante para su aplicación futura, es decir, la gente con mayor formación en PBE, se supone que debería realizar en el futuro un mayor uso de la evidencia y, por supuesto, ir en busca de ella. Entrando más en detalle, algunos autores inciden en cuál es el momento más apropiado para la docencia en PBE. Estos autores, han recomendado que la docencia de la PBE se inicie en los primeros cursos de la formación académica. En esta formación inicial en PBE el estudiante adquirirá, sobre todo, conocimientos y habilidades en búsqueda bibliográfica, lectura crítica de artículos de investigación, etc. De esta forma, el primer contacto capacitará al alumno para que durante el desarrollo de su formación vaya poniendo en práctica estas habilidades concretas en PBE⁸²⁻⁸⁴.

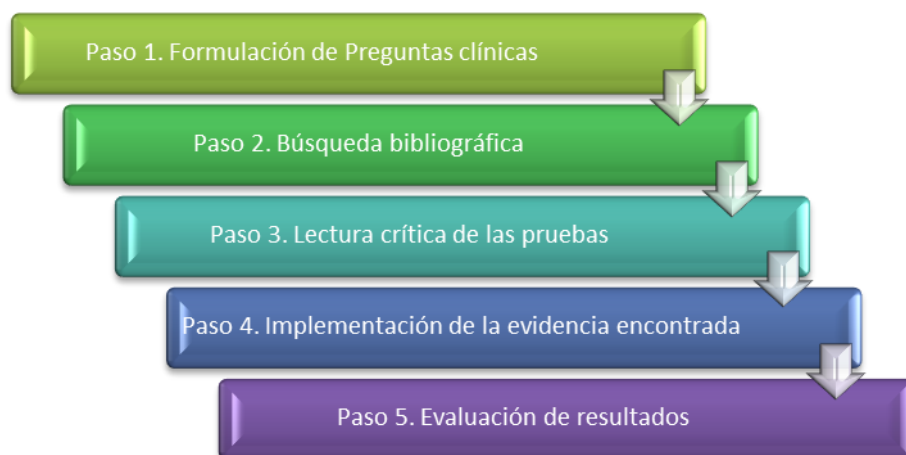
A pesar de las ventajas que parecen ofrecer el iniciar la formación en PBE en los primeros cursos, se han desarrollado investigaciones^{82, 84-86} que concluyen con resultados muy dispares. De cualquier forma, todos los alumnos, en algún momento de su formación llegarán al entorno de prácticas, y entonces tendrán que incluir la PBE en la resolución de problemas clínicos. De esta forma el alumno integrará los

conocimientos teóricos y prácticos de la PBE en un contexto real, convenciéndose de la aplicabilidad de lo enseñado en el aula.

Además, debería cobrar relevancia también la actitud hacia la PBE, añadiendo habilidades para conseguir llegar hasta las pruebas, todo ello, sin ir en detrimento de los conocimientos que se requieren para el proceso nombrado.

Existen diferentes métodos de implantación en diferentes partes del mundo sobre Práctica Basada en la Evidencia en los alumnos pregrado de Enfermería, siendo destacable que todos tienen una vertebración común: la promulgación del uso de la investigación en la práctica clínica diaria. Un ejemplo de estos métodos se encuentra en la Universidad del Norte de Florida, en donde, recientemente, se ha publicado un artículo⁸⁷ referente a la integración de la PBE. Así, en esta universidad se realiza una secuencia de tres cursos de investigación pregrado diseñados para preparar a los graduados para: identificar, localizar, leer y evaluar críticamente la evidencia. El plan de estudios utilizado por esta universidad prepara a los estudiantes para llevar a cabo los cuatro primeros pasos del proceso de la PBE (Figura 10); aunque sus autoras reconocen que en enfermería es necesario ir más allá y pasar a incluir la integración de la investigación con la experiencia clínica, evaluar los resultados y difundir los mismos.

Figura 10. Pasos en el proceso de Práctica Basada en la Evidencia. Fuente: Elaboración propia.



Teniendo en cuenta lo anteriormente nombrado, en el Grado en Enfermería implantado en la Universitat Jaume I, es de destacar que existe una competencia que abarca la investigación, la cual, se desarrolla de forma transversal. Ello supone que no existe una

materia que se vertebró en diferentes asignaturas en las que se impartían todos los conocimientos relativos a la investigación y que, generalmente, se oferta como optativa y, por consiguiente, sólo cursen esta asignatura el alumnado que esté verdaderamente interesado en esta materia. De esta forma, integrando la investigación, junto con la Práctica Basada en la Evidencia, de forma transversal, todo el alumnado matriculado en los diferentes cursos académicos de este Grado, recibirá docencia impartida de diversas formas, tanto teórica, como práctica, en lo referente a la investigación y la PBE.

Así, se ha elaborado un programa⁸⁸ acorde a la transversalidad de esta competencia para respetar de forma estructurada la progresión de la integración de la PBE de forma transversal en el Programa Formativo del Grado de Enfermería de la Universitat Jaume I. Este programa docente se compone de (tabla 4)⁸⁹:

Tabla 4. Integración de la investigación en el Programa Formativo del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I. Fuente: Adaptado de Salas-Medina P, Mena-Tudela D, Cervera-Gasch A, González-Chordá VM, Folch-Ayora A, Lapeña Moñuz Y et al⁸⁸.

PRIMER CURSO	SEGUNDO CURSO	TERCER CURSO	CUARTO CURSO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Estructura del artículo científico. 2. Utilización de las palabras claves. <ul style="list-style-type: none"> • Descriptores en ciencias de la salud. • Biblioteca Virtual de la Salud. 3. Introducción a las búsquedas en metabuscadores. <ul style="list-style-type: none"> • Google Academic 4. Referencias bibliográficas. <ul style="list-style-type: none"> • Normas de citación bibliográfica • Mendeley Premium 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Etapas del proceso de investigación. 2. Introducción a la Practica Basada en Evidencia. 3. Introducción a la pregunta PICO. 4. Búsqueda bibliográfica. <ul style="list-style-type: none"> • Thesaurus. <ul style="list-style-type: none"> ○ Mesh • Operadores Booleanos. • Bases de datos. <ul style="list-style-type: none"> ○ Medline/Pubmed (Clinical Queries). ○ Cochrane. ○ Cochrane Plus. ○ Trip Database ○ JBI ConNect+ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulación y desarrollo completo de la pregunta PICO. 2. Extracción de los descriptores tras diseñar la pregunta PICO. 3. Elección del diseño de estudio en relación al nivel de evidencia. 4. Lectura crítica de artículos científicos (herramientas). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Introducción al trabajo fin de Grado. 2. Asignación tutores trabajo fin de grado. 3. Trabajo fin de grado. <ul style="list-style-type: none"> • Elección del tema • Elaboración del trabajo • Tutorizaciones y correcciones. • Entrega del trabajo. <p style="text-align: center;">DEFENSA TRABAJO FIN DE GRADO</p>
<p style="text-align: center;"><i>NECESIDAD DE INCORPORAR LOS CONTENIDOS DE FORMA PROGRESIVA EN LOS</i></p>			
Capacidad para acceder a la información	Capacidad para encontrar la PBE relevante para problemas clínicos	Evaluación crítica de la evidencia + pregunta PICO + Selección de problemas relevantes	Mayor competencia en la valoración crítica

De esta forma, tal y como Bruke et al⁸⁴ proponen en su planteamiento para implantar e impartir docencia a sus alumnos de la Escuela de Enfermería sobre la PBE en la Universidad de Pittsburgh, se establece los siguientes resultados de aprendizaje, tal y como se propone por Gómez del Pulgar⁹⁰, por curso académico⁸⁹:

a) Primer año académico:

1. El alumno deberá conocer la estructura del artículo científico.
2. El alumno será capaz de reconocer palabras clave en los artículos científicos.
3. El alumno conocerá la utilización de las palabras clave, teniendo la capacidad de utilizar el portal Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS).
4. El alumno será capaz de realizar una búsqueda inicial de la evidencia a través de metabuscadores como Google Academic.
5. El alumno sabrá referenciar la bibliografía empleada con las normas de citación que se le exijan en los trabajos de las asignaturas correspondientes.
6. El alumno será capaz de hacer uso de un gestor bibliográfico.

b) Segundo año académico:

1. El alumno conocerá las diferentes etapas que el proceso de investigación lleva implícitas.
2. El alumno conocerá la definición de la Práctica Basada en la Evidencia y su implicación en la investigación.
3. El alumno conocerá la estructura de la pregunta PICO y será capaz de plantear su estructura básica ante un problema encontrado en sus prácticas clínicas.
4. El alumno sabrá realizar una búsqueda bibliográfica haciendo uso del lenguaje estandarizado MeSH e incluyendo en la misma los operadores booleanos a través de diversas bases de datos.

c) Tercer año académico:

1. El alumno tendrá capacidad plena para formular una pregunta PICO y de extraer de la misma las palabras clave que utilizará para la búsqueda bibliográfica.
2. El alumno será capaz de, ante la diversidad de estudios encontrados, elegir el más idóneo en función del tipo pregunta PICO planteada.

3. El alumno será capaz de identificar el estudio que va a ser utilizado.
4. El alumno tendrá la capacidad y habilidades para desarrollar la lectura crítica de un artículo científico.
5. El alumno conocerá las diferentes herramientas de las que puede hacer uso para realizar una lectura crítica de un artículo científico.

d) Cuarto año académico:

1. El alumno desarrollará el Trabajo de Fin de Grado en el que plasmará todo el conocimiento adquirido en los cursos académicos anteriores.

Tras el planteamiento de los resultados de aprendizaje por curso académico se proponen actividades para alcanzarlos en cada uno de los diferentes cursos. Estas actividades se desarrollarán de forma consensuada con el profesorado de los diferentes cursos en una asignatura centralizada por curso, llegando a acordar y aprobar por el resto de profesorado que imparte en cada uno de los cursos académicos que los trabajos de las diferentes asignaturas deberán tener una estructura básica similar en la que:

- a) La estructura de cualquier trabajo se propone en forma de artículo científico.
- b) La bibliografía vendrá referenciada con las normas Vancouver.
- c) El contenido de los trabajos versará sobre la mejor evidencia disponible.

Por otro lado, las actividades propuestas por curso académico son⁸⁹:

a) Primer curso académico:

1. Presentar la estructura del artículo científico.
2. Utilización de las palabras claves:
 - a. Descriptores en ciencias de la salud.
 - b. Biblioteca virtual de la Salud.
3. Introducir a los alumnos a las búsquedas en metabuscadores:
 - a. Google Academic.
4. Impartir conocimientos acerca de las Referencias Bibliográficas:
 - a. Normas de citación bibliográfica.
 - b. Utilización de un Gestor bibliográfico.

b) Segundo curso académico:

1. Se definirán las etapas del proceso de investigación.
2. Se impartirá una introducción a la Práctica Basada en la Evidencia.
3. Se impartirá una introducción a la pregunta PICO.
4. Se ejecutarán búsqueda bibliográficas con la utilización del DeCS y el MeSH y los operadores booleanos en las siguientes bases de datos:
 - a. Medline/Pubmed (Clinical Queries).
 - b. Cochrane.
 - c. Cochrane Plus.
 - d. Trip Database.
 - e. JBI ConNect+.

c) Tercer curso académico:

1. Se enseñará la formulación de la pregunta PICO.
2. Se impartirá la evidencia que respalda la idoneidad del tipo de estudio en función del tipo de pregunta PICO propuesta.
3. Se mostrarán las diferentes herramientas existentes para desarrollar la lectura crítica de artículos científicos.
4. Se aplicará una herramienta con la finalidad de valorar de forma crítica y constructiva el contenido de un artículo científico.

d) Cuarto curso académico:

1. Se dirigirá al alumno a aplicar todos los conocimientos adquiridos durante los cursos académicos anteriores.
2. Se ayudará al alumno en la elección del tema a abordar en la asignatura del Trabajo Fin de Grado.
3. Se realizarán las tutorías y las correcciones pertinentes para que el alumno lleve a cabo en tiempo y forma el Trabajo Fin de Grado.

Por lo tanto, se obtiene con la implantación de este programa transversal un plan secuencial escalonado, el cual, añade dificultad a medida que el alumnado va avanzado en los diferentes cursos del Grado; que permite obtener los conocimientos, habilidades y actitudes que consentirá mediante el ejercicio académico, que los estudiantes de

enfermería, sean competentes en el uso de la PBE pudiendo integrarla de forma progresiva en sus trabajos académicos, dando lugar finalmente a llevarla a cabo en su Trabajo Fin de Grado y convirtiéndose así en una realidad futura dentro de su desarrollo como profesionales de la enfermería tras su graduación, integrándose en cualquiera de sus vertientes.

Es necesario recalcar que los estudiantes desarrollarán esta competencia transversal a través de numerosas oportunidades para buscar y evaluar la literatura durante todo el plan de estudios. De esta forma, la evaluación del rendimiento estudiantil en esta material será llevada a cabo durante todos los cursos en cada una de las materias que se cursen. Siendo esta plasmada por el estudiante de forma culminante en su Trabajo Fin de Grado.

1.5 Evaluación de la competencia. Herramientas.

En la sección anterior se ha determinado la forma idónea de evaluar los resultados de la competencia de la Práctica Basada en la Evidencia en alumnos del Grado en Enfermería. Teniendo en cuenta que este estudio se halla inmerso en el ámbito académico superior, en esta sección se abordarán las herramientas que se pueden emplear para evaluar el uso y la disposición del alumno a hacer uso de la Práctica Basada en la Evidencia.

Desde esta vertiente, evaluar⁹¹, según la Real Academia Española de la Lengua, supone estimar los conocimientos, aptitudes y rendimientos de los alumnos. Si pretendemos que esta estimación esté debidamente fundamentada, se deberán aplicar dos etapas previas a la emisión del juicio final. Por un lado y en primer lugar, se procederá a la recogida de evidencias, es decir, de los trabajos realizados por los alumnos. En segundo lugar, habrá que aplicar ciertos criterios de calidad sobre esas evidencias que permitan derivar una estimación en cuanto al valor o mérito del objeto evaluado⁹².

Evaluar el aprendizaje de los estudiantes puede tener diferentes propósitos, entre otros⁹²:

- a) Calificar el trabajo.
- b) Orientar al estudiante para la mejora de su rendimiento o aprendizaje.
- c) Descubrir las dificultades de los estudiantes.
- d) Descubrir las dificultades del profesorado para enseñar aquello que se desea enseñar.
- e) Valorar determinados métodos de enseñanza.
- f) Motivar a los estudiantes hacia el estudio.

Para conseguir estos propósitos, se pueden determinar diversas herramientas para alcanzarlos. De esta manera, en la educación tradicional, el examen sería el instrumento que invariablemente se ha utilizado.

Con el actual cambio al nuevo paradigma y la introducción de la educación superior al Espacio Europeo de Educación Superior, estas formas tradicionales de evaluación deberían, también, sufrir un cambio innovador que diese paso al aprendizaje por competencias por parte del alumnado, más si cabe, de forma autónoma. Autores como

Brown et al⁹³ proponen que “*si se quiere cambiar los aprendizajes de los estudiantes entonces cambie las formas de evaluar esos aprendizajes*”.

De las múltiples definiciones de competencia que se encuentran en las diversas búsquedas, se pueden extraer unos elementos comunes a todas ellas. Así pues, una competencia envuelve^{94, 95}:

- a) Integrar conocimientos: el alumnado no sólo tiene que ser capaz de memorizar contenidos teóricos, sino que además, se le pide que disponga de una serie de habilidades y actitudes que debe saber combinar para poder dar lugar a la respuesta idónea ante un problema planteado.
- b) Realizar ejecuciones: es indisociable de la práctica que, por supuesto, se encuentra presente en los estudios eminentemente prácticos que estamos tratando como es la enfermería.
- c) Actuar de forma contextual: la competencia debe demostrarse en un espacio concreto y bajo unas circunstancias determinadas. De esta forma, hay que analizar todo lo que envuelve cada situación para hacer la selección de la integración de conocimientos que se deben dar para dar salida a la situación vivida.
- d) Aprender constantemente: las competencias se nutren constantemente y vuelven a renovarse una vez adquiridas. Con el paso de tiempo y debido a diversas actuaciones (como formación, adquisición de experiencia profesional, etc.) las competencias se agrandan y se vuelven a nutrir en el seno en el que adquirieron.
- e) Actuar de forma autónoma: ello implica tener responsabilidad sobre las decisiones que se toman y adquirir un rol activo en la propia formación y adquisición de las competencias.

Teniendo en cuenta estos elementos que integran las competencias, se puede realizar una imagen mental de que se necesitan diferentes instrumentos en pro de qué se desee evaluar en cada una de las competencias propuestas para una determinada titulación.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que para la adquisición de estas competencias, por parte del profesorado también hay que aplicar ciertos cambios. Así pues, habrá que movilizar al alumnado hacia la motivación para la adquisición de cada una de estas competencias. Esto, según Bain⁹⁶ se consigue de la siguiente manera:

- a) Conocer bien la materia a impartir. Este punto implica no sólo saber transmitir los conocimientos, sino ser reflexivo acerca de cómo el propio profesor ha sido capaz de adquirir dichos conocimientos. Conociendo el cómo, la transmisión del mismo se puede facilitar.
- b) Plantearse como objetivo que el alumnado asimile ideas y que sea capaz de aplicarlas incluso fuera del aula. En el caso que a estudio, incluso en el ámbito clínico.
- c) Desafiar intelectualmente a los alumnos. Hay que desarrollar la capacidad y la empatía suficiente para poder ponerse en el lugar del alumno. Ello conlleva el ser consciente de qué conocimientos previos tiene el alumnado acerca de la materia que se va a impartir.
- d) El desafío intelectual se consigue fundamentalmente a través de preguntas⁹⁷.

1.5.1 Herramientas desarrolladas con el EEES.

Teniendo en cuenta lo expuesto, y junto con el cambio que educativamente comporta el EEES encontramos el desarrollo de nuevas herramientas para hacer uso de ellas en la evaluación. Entre estas herramientas encontramos: el proyecto final, las memorias de prácticas, los registros observacionales, la simulación, los diarios reflexivos, el aprendizaje basado en problemas, el portafolios o carpetas de aprendizaje, entre otras. Para evaluar estos trabajos con una metodología dada podemos emplear instrumentos como los check-list y las rúbricas.

Algunas de estas herramientas, ya han sido utilizadas anteriormente al EEES en la disciplina enfermera para evaluar a los alumnos. Es el caso de las memorias de prácticas.

1.5.1.1 Las carpetas de aprendizaje.

Las carpetas de aprendizaje reciben muchos nombres diferentes, pero hay que percibir que se está hablando del mismo material. Así pues, podemos encontrar que se denominen: digital portfolio, portafolio, carpeta docente, e-portfolio, dossier electrónico, dossier de presentación, dossier de aprendizaje o e-portfoli. Esta herramienta se considera una colección documentada del trabajo de un estudiante, organizada de tal forma que incluye un diálogo reflexivo de los materiales que la propia

carpeta contiene. Es una historia documental estructurada de una serie de evidencias⁹⁸. En enfermería existen diversas pruebas que determinan el uso de este tipo de herramientas en los estudiantes de pregrado. Aun así, Green, Wyllie & Jackson⁹⁹, en una revisión de la literatura recientemente publicada (2014), concluyen que aunque el e-portfolio puede contener habilidades, logros, experiencias, desarrollo y aprendizaje de los estudiantes de enfermería, sigue en auge el debate de si esta herramienta puede ser utilizada por las enfermeras para demostrar sus competencias.

1.5.1.2 El Aprendizaje Basado en Problemas.

El aprendizaje basado en problemas es útil porque se trata de un aprendizaje autodirigido en el que el estudiantado aprende de forma autónoma. Esta autonomía implica un cambio profundo en el rol docente, quien tiene que adherirse a esta nueva forma de enseñar¹⁰⁰. Además, según algunos autores¹⁰¹, esta herramienta acerca la docencia a la realidad práctica en enfermería debido a que se trabaja con un currículum integrado de problemas reconociendo que la realidad es diversa, cuestionada, incierta y que puede ser explorada desde diferentes puntos de vista.

1.5.1.3 La simulación en Enfermería.

Se entiende que la simulación es un método muy útil en las ciencias de la salud en tanto cuando se emplea con fines educacionales o con fines evaluadores, debido a que acelera el proceso de aprendizaje del estudiante y elimina las molestias que, durante su desarrollo, se pudiesen producir a los pacientes. En la Universitat Jaume I se utilizan los laboratorios de simulación antes de que los alumnos vayan a realizar sus prácticas clínicas. Estos laboratorios pueden considerarse como simuladores tridimensionales, los cuales proporcionan al estudiante la posibilidad de desarrollar habilidades de manera independientes, bajo el control de un docente¹⁰². Teniendo en cuenta los beneficios que puede aportar la simulación clínica en las ciencias de la salud, una actual revisión¹⁰³ de la literatura concerniente a la simulación antes de integrar al alumno de enfermería en las prácticas clínicas aporta que, bajo el punto de vista de la autora, es muy beneficioso para los alumnos dado que desarrolla habilidades como el juicio clínico y el pensamiento crítico, aunque existen lagunas en la literatura revisada en este tipo de simulación, siendo necesario considerar la experiencia del alumno, el nivel de apoyo que requiere y los objetivos generales que se pretenden alcanzar.

1.5.1.4 El diario reflexivo como herramienta.

Por otro lado, el diario es un informe personal que constituye a la vez un instrumento para autoformarse, para evaluar y para innovar. La idea central es “escribir para aprender”. En el Grado de Enfermería se ha ido planteando la necesidad del Diario como fórmula para construir el conocimiento de enfermería mediante la práctica reflexiva, que sitúe al alumno en el centro del proceso de aprendizaje¹⁰⁴, debido a que la escritura de un diario supone ejercitar la reflexión¹⁰⁵. Esta práctica reflexiva permite integrar teoría y práctica tal y como el Profesor Medina¹⁰⁶ aporta, debido a que los estudiantes pueden resolver problemas planteados cuando llevan a la práctica las explicaciones del profesor y asuman, a través de un proceso de indagación, la fragilidad de su propio pensamiento y cuando, por medio de conexiones razonadas de ensayo/error, lleguen a resolver un problema de manera correcta. En resumen, para desarrollar el conocimiento práctico que muestra el docente en el aula, no basta con que los estudiantes atiendan a su explicación, sino que han de implicarse en el “aprender haciendo”, junto a una persona que actúe de orientador o guía¹⁰⁹. Hay que tener en cuenta que una revisión⁹³ de la literatura publicada en 2008 ya abaló que el proceso de aprendizaje a través de la reflexión en los estudios pregrado de enfermería deja una impronta notable en el mismo.

Estas herramientas vistas, se pueden evaluar de muchas formas. Pero hay que tener en consideración, que algunas de ellas se tratan de herramientas eminentemente descritas, por lo tanto, se requerirá de una metodología cualitativa para evaluarla. Hay que ser conscientes de que se puede percibir cierta subjetividad a la hora de evaluar al alumnado, por ello, para evitar esta sensación de subjetividad, que en algunos casos puede determinarse como real, se respalda la corrección o evaluación del alumnado a través de herramientas objetivas. Entre estas encontramos el check-list y las rúbricas.

1.5.2 Objetivando la evaluación.

1.5.2.1 Evaluación a través de Check-list.

El check-list o listas de verificación son una serie de actividades descritas, que pueden encontrarse de manera ordenada, a través de las cuales, se comprueba la realización o cumplimiento sistemático de todos los pasos para realizar alguna intervención, en

definitiva, para comprobar que no se deja nada importante por el camino. Entre la literatura, se ha encontrado un estudio¹⁰⁷ en que se hace uso de esta metodología para evaluar la técnica de canalización de vías periféricas en estudiantes de enfermería, comparando dos métodos diferentes de aprendizaje. Así, la lista empleada evaluó el tiempo empleado en el proceso, el número de pasos realizados correctamente y de forma incorrecta, el número de pasos omitidos, la recolección del equipo necesario, la aplicación de torniquete, desinfección de la piel, la localización de la vena, la inserción del catéter y la canalización exitosa. Es de reseñar que entre las limitaciones del estudio se encuentran que de esta lista de verificación utilizada no se comprobó su fiabilidad y validez.

1.5.2.2 La Rúbrica como herramienta de evaluación.

Por último, las rúbricas se entienden como un instrumento de evaluación basado en una escala cuantitativa y/o cualitativa asociada a unos criterios preestablecidos que miden las acciones del alumnado sobre los aspectos de la tarea o actividad que serán evaluados¹⁰⁸. Se trata de una herramienta que ofrece al estudiantado información acerca de las competencias que se esperan de ellos, junto a descripciones que le informan de qué tienen que hacer para lograr esas competencias¹⁰⁹. En enfermería, se ha encontrado evidencia¹¹⁰ de que se está realizando uso de esta herramienta para objetivar la experiencia subjetiva de la evaluación clínica, aportando como resultados unos beneficios para el estudiante que incluyen el aumento del pensamiento crítico y una autoevaluación más realista, dado que se percibe como una evaluación más efectiva. Aunque estas herramientas no están exentas de ciertos inconvenientes y es que sin una herramienta de evaluación fiable, la subjetividad vuelve a aflorar a la hora de evaluar al alumnado, por ello, los criterios de evaluación tienen que estar muy claros¹¹¹.

1.5.3 El Incidente Crítico como invitación a la reflexión.

1.5.3.1 Descripción de Incidente Crítico. Definición.

El método de Incidente Crítico (IC) fue descrito por Flanagan¹¹² en el año 1954, durante la Segunda Guerra Mundial con el objetivo de mejorar el entrenamiento de los pilotos de guerra.

Se considera que los Incidentes Críticos son aquellos sucesos de la práctica profesional que causan perplejidad, han creado dudas, han producido sorpresa o han molestado o inquietado por su falta de coherencia o por haber presentado resultados inesperados. Son, por tanto, aquellos sucesos de la práctica cotidiana (extraídos de la propia experiencia), que impactan o sorprenden (por su buen o mal curso) y que motivan o provocan pensamiento (reflexión). No necesariamente son situaciones “críticas” por su gravedad extrema o por el riesgo vital. De esta forma, se asocia “crítico” a sorprendente, inesperado o inquietante para la persona que analiza su propia práctica^{112, 113}. Teniendo en cuenta lo anterior, se considerará un IC a cualquier evento inesperado que exija improvisar una respuesta.

Este método ha sido utilizado por Gobiernos, empresas, proyectos de investigación, tanto industrial como educativos, etc. Esta técnica consiste en unos breves escritos, a modo de informes fácticos de las medidas adoptadas como respuestas a situaciones explícitas o problemas de campo definidos. De esta forma, la estructura que presenta el IC es (Figura 11):

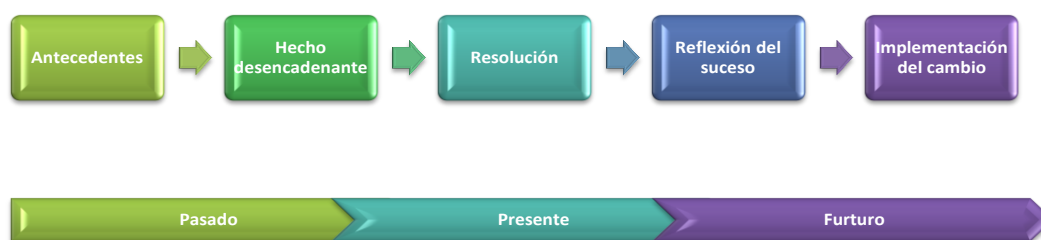
Figura 11. Estructura del Incidente Crítico. Fuente: Adaptación de Fistera¹¹³.



Flanagan¹¹² determinó que esta técnica debe ser considerada como un conjunto flexible de principios que deben ser modificados y adaptados para satisfacer la situación específica que se está viviendo. Esta técnica del IC ha sido utilizada para identificar “qué se hace” en un sinfín de profesiones, dado que ésta, ayuda a descubrir qué factores importantes están presentes cuando se actúa bajo ciertos criterios.

De esta manera, una síntesis de la misma en el contexto educativo para facilitar su adaptación pasaría por (Figura 12):

Figura 12. Adaptación del Incidente Crítico al contexto educativo. Fuente: Elaboración propia



1.5.3.2 Uso del Incidente Crítico en la docencia y en el Grado en Enfermería.

Como ya se ha expuesto, la técnica de los IC se encuentra ampliamente utilizada por diferentes profesiones. En el contexto educativo es, por tanto, una herramienta más a desarrollar.

El método del IC aplicado a las ciencias médicas, para sus estudiantes pregrado supone una primera aproximación a la práctica, que contempla aspectos tanto clínicos como de reflexión en valores y comunicacionales. Esta técnica, además, también permite detectar necesidades de formación, dando lugar en la formación postgrado a elaborar, de forma constructiva, las experiencias traumáticas para el profesional, una oportunidad para detectar problemas de comunicación con el paciente y modificar actitudes, así como uno de los mejores instrumentos para detectar fallos de la organización. También permite detectar necesidades de formación clínica, comunicación y bioética. Es, así, un instrumento más de la práctica reflexiva¹¹⁴.

De esta forma, se ha visto que esta técnica se muestra muy útil para los estudios de Enfermería y que, aunque podría considerarse una técnica antigua dado que fue desarrollada hace más de 60 años, se muestra útil y efectiva. Se ha demostrado que su uso sigue siendo beneficioso puesto que sus principales características son: sencillez de aplicación y capacidad para encontrar categorías analizables, destacando algunos autores que puede conducir a la realización de una práctica reflexiva destinada a encontrar oportunidades de mejora en el trabajo de enfermería¹¹⁵.

Una revisión¹¹⁶ integradora realizada a nivel internacional ha concluido, además, que la técnica del IC se utiliza cada vez más en enfermería para analizar la iatrogénica que se produce tanto en el cuidado de la salud como en la evaluación de los servicios de salud, indicando, este método eficacia en el proceso. Así, a través del IC se pueden proponer cambios en la práctica y mejora de la calidad y seguridad de la asistencia sanitaria.

En España, existe evidencia de que se ha utilizado ampliamente en el contexto educativo, tal y como se propone, con la intención de evaluar competencias en Enfermería. De esta forma, se concluye que la técnica de IC ofrece muchas posibilidades para obtener resultados interesantes en la evaluación de las competencias en Enfermería¹¹⁷.

Por último, es de destacar que literatura reciente ahonda un poco más en la evaluación de las competencias en Enfermería, abogando por el IC como técnica para la evaluación de los estudiantes del Grado en Enfermería en el contexto de las prácticas clínicas. Así, las autoras¹¹⁸ determinan que las prácticas reflexivas deliberadas con pensamiento crítico, son útiles para los educadores de enfermería con el fin de evaluar a los alumnos, ya que garantizan que los estudiantes están siendo evaluados adecuadamente.

1.5.3.3 Uso del Incidente Crítico en investigación en Enfermería. Partidarios y detractores.

Para usar el método del IC en la investigación es necesario que este método sufra una adaptación al contexto donde va a ser usado. Por ello, diversos autores¹¹⁹ recomiendan la lectura y profundización de la literatura de Flanagan para poder realizar una correcta inmersión en el método. Cuando el método es aplicado de forma correcta, se ha

demostrado que las enfermeras investigadoras han encontrado que el IC facilita la comprensión de la investigación.

Hay que tener en cuenta que el método del IC es muy flexible, lo cual es una gran ventaja, ya que, permite adaptarse fácilmente a otras profesiones y contextos. Cuando se va a utilizar dicho método en investigación hay que tener una planificación cuidadosa del mismo¹²⁰. Más virtudes que posee esta técnica es que para realizar una investigación haciendo uso de esta técnica, no es necesario un gran volumen de muestra, es decir, de gente, puesto que pocos participantes en el estudio son capaces de generar un número considerable de IC, siendo, éstos últimos, los destinatarios de la investigación. Esto muestra un gran potencial en esta técnica. Aunque siendo utilizados de esta forma, los criterios de inclusión de un IC deberían ser que: existe una información en forma de antecedente (lo que condujo al IC), contiene una descripción detallada de la experiencia misma y describe el resultado del IC (Figura 13); el no cumplimiento de estos criterios, hacen que la técnica no pueda considerarse en el ámbito de la investigación¹²¹.

Figura 13. Criterios de inclusión de un Incidente Crítico a la investigación. Fuente: Elaboración propia



La preocupación de algunos autores¹²² con este método es que la exagerada flexibilidad que presenta puede hacer que sufra tal modificación y adaptación que prolifere de forma exponencial los enfoques en los que es tratado el IC. Por otro lado, cabe reseñar que esta

técnica puede ser utilizada tanto en investigación cualitativa, como en cuantitativa, pudiendo encontrarse en este punto otra de sus virtudes.

Tras el repaso realizado por el marco teórico precedente, por último, se añade que la hipótesis principal de esta tesis doctoral es que la aplicación de un programa de Práctica Basada en la Evidencia estructurado e interactivo desde el inicio de una asignatura hasta el fin de la misma, incluyendo su vertiente clínica y objetivando las diferencias existentes entre teoría académica y práctica clínica, mejora la adquisición de la competencia específica de Práctica Basada en la Evidencia en los alumnos de segundo de Grado de la Universitat Jaume I.

Como objetivo principal para intentar alcanzar dicha hipótesis se establece que se procederá a estudiar el resultado de la aplicación de una estrategia docente interactiva de aprendizaje de Práctica Basada en la Evidencia para la adquisición de la competencia de la misma a través de la asignatura de “Cuidados Básicos de Enfermería” en alumnos de segundo curso del Grado en Enfermería al finalizar el periodo teórico-práctico-clínico.

2 Hipótesis y objetivos

2.1 Hipótesis

La aplicación de un programa de Práctica Basada en la Evidencia estructurado e interactivo desde el inicio de una asignatura hasta el fin de la misma, incluyendo su vertiente clínica y objetivando las diferencias existentes entre teoría académica y práctica clínica, mejora la adquisición de la competencia específica de Práctica Basada en la Evidencia en los alumnos de segundo de Grado de la Universitat Jaume I.

2.2 Objetivo principal

Estudiar el resultado de la aplicación de una estrategia docente interactiva de aprendizaje de Práctica Basada en la Evidencia (PBE) para la adquisición de la actitudes, conocimientos y habilidades relacionados con la PBE a través de la asignatura de “Cuidados Básicos de Enfermería” en alumnos de segundo curso del Grado en Enfermería al finalizar el periodo teórico-práctico-clínico.

2.3 Objetivo secundario

Determinar la validez y fiabilidad de los la Rúbrica de Cuidados Básicos y el Cuaderno de Cuidados Básicos Basados en la Evidencia para la evaluación de la estrategia docente interactiva.

2.4 Objetivos específicos

1. Analizar si existe relación entre la adquisición de actitudes, conocimientos y habilidades de Práctica Basada en la Evidencia respecto a las notas obtenidas en: la nota final de la asignatura de Cuidados Básicos en Enfermería, la nota final obtenida en el apartado de los diarios reflexivos y la nota obtenida en el apartado teórico de la asignatura de Cuidados Básicos en Enfermería.
2. Determinar la posible diferencia entre los cuidados básicos de enfermería aplicados a los pacientes por los alumnos y los llevados a cabo por los profesionales de las distintas unidades.
3. Determinar si existe relación entre la teoría impartida en el aula en la asignatura de Cuidados Básicos en Enfermería y los cuidados básicos aplicados en las unidades asistenciales donde desarrollan la práctica clínica los estudiantes del Grado de Enfermería de la Universitat Jaume I.

3 Metodología

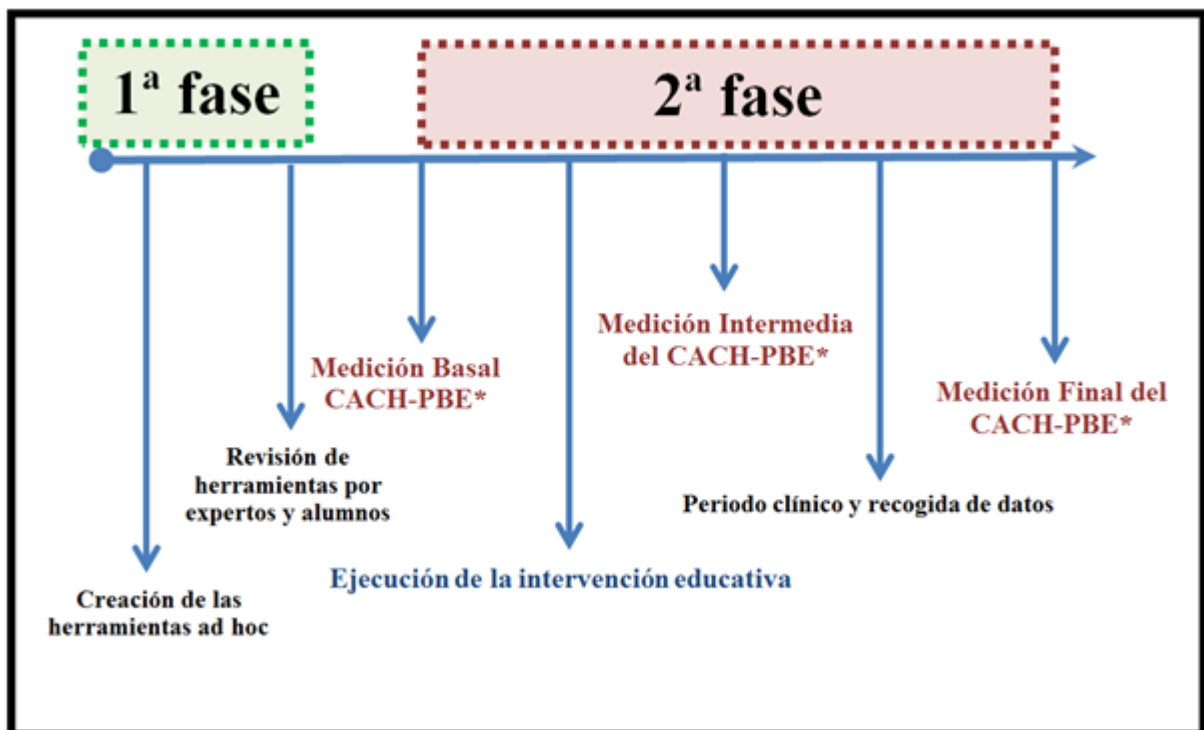
Fases del estudio

Esta investigación se llevó a cabo en dos fases (Figura 14):

1ª Fase: Se crearon los instrumentos para la evaluación de la implantación de la nueva estrategia docente de Práctica Basada en la Evidencia dirigida a los alumnos de segundo curso matriculados en el módulo de Cuidados de Enfermería en Procesos Asistenciales. Estos instrumentos se denominan “Cuaderno de Cuidados Básicos Basados en la Evidencia” y “Rúbrica de Cuidados Básicos de Enfermería”.

2ª Fase: Se realizó un estudio cuasi-experimental antes-después longitudinal prospectivo en el que se ejecutó la estrategia docente de Práctica Basada en la Evidencia. Los datos se recogieron en tres momentos diferentes (basal, intermedio y final) utilizando un cuestionario validado en estudiantes de enfermería, el CACH-PBE*.

Figura 14. Diagrama del desarrollo del estudio.



* Cuestionario de Actitudes, Conocimientos y Habilidades sobre la Práctica Basada en la Evidencia.

3.1 Primera fase: Diseño y medición de la validez y fiabilidad de los instrumentos creados ad hoc para evaluar la estrategia docente interactiva: (1) Cuaderno de seguimiento y evaluación de los Cuidados Básicos Basados en la Evidencia y (2) Rúbrica de Cuidados Básicos de Enfermería.

3.1.1 Diseño del estudio

Estudio descriptivo transversal.

3.1.1.1 Cuaderno de seguimiento y evaluación de los Cuidados Básicos Basados en la Evidencia.

3.1.1.1.1 Sujetos

- Grupo de expertos (validez de contenido): 4 Profesores Asociados Asistenciales y 5 Profesores que componen la materia de Cuidados de Enfermería en los Procesos Asistenciales.
- Prueba piloto de fiabilidad: 32 alumnos de tercer curso del Grado de Enfermería de la Universitat Jaume I en el curso académico 2013-2014 que tengan la asignatura Cuidados Básicos de Enfermería aprobada con una nota superior a un 6.
- Fiabilidad y validez de constructo: 45 alumnos de segundo curso matriculados en las cuatro asignaturas que componen la material de Cuidados de Enfermería en los Procesos Asistenciales y que realizan sus prácticas clínicas en el periodo ordinario en el curso académico 2013-2014.

3.1.1.1.2 Variables

El “Cuaderno de seguimiento y evaluación de los Cuidados Básicos Basados en la Evidencia” recoge 8 de los cuidados básicos que se imparten en la asignatura organizados por semanas:

1. Hemodinámica, compuesto por 9 ítems.
2. Movilidad, compuesto por 10 ítems.
3. Alimentación, compuesto por 10 ítems.

4. Descanso y sueño, compuesto por 10 ítems.
5. Higiene, compuesto por 10 ítems.
6. Eliminación, compuesto por 9 ítems.
7. Confort y seguridad, compuesto por 10 ítems.
8. Dolor, valoración y tratamiento, compuesto por 10 ítems.

De esta manera la consecución semana a semana de los cuidados básicos y el orden de los mismos se establecen de menor a mayor complejidad de acuerdo con el desarrollo de las prácticas clínicas.

Cada uno de los ítems presentados en las semanas del cuaderno, vienen determinados por la responsable de la asignatura de Cuidados Básicos de Enfermería, en función del contenido de la asignatura. El número de variables en cada semana varía entre 8 y 10, determinadas por dos escalas Likert (Siempre, Casi siempre, Algunas veces, Muy pocas veces, Nunca) en las que se aportaron datos, por un lado sobre el cuidado administrado por el alumno y, por otro lado, sobre el cuidado administrado por un profesional de la unidad. Se reseña que cuando en alguna de las dos escalas Likert el alumno responda “Muy pocas veces” o “Nunca” deberá rellenar en el campo de observaciones la razón de no realizar dicho cuidado. Se expone un ejemplo de la primera hoja del cuaderno en la Figura 15. En el anexo 1 se expone la totalidad del cuaderno.

En cada una de las semanas se requerirán unos datos básicos en relación con el profesional que ejecuta el cuidado y el profesional que es responsable del mismo, además de recoger si la Enfermera de Referencia está presente la primera vez que se realiza el cuidado. De esta forma, el campo inicial de cada una de las semanas se comparte de forma consecutiva en las ocho semanas siguientes. Las variables de este apartado son:

- Profesional que ejecuta el cuidado: *Auxiliar/Enfermera/Otro*.
- Profesional responsable del cuidado: *Auxiliar/Enfermera/Otro*.
- Presencia de la ER la primera vez que se realiza el cuidado: *Sí/No*.

Cuando por motivos del desarrollo del cuidado establecido se indica que el profesional es “Otro”, se establece un campo de observaciones (*campo abierto*) en el que el alumno deberá especificar qué profesional es el que lleva a cabo el cuidado.

Figura 15. Ejemplo del Cuaderno de evaluación y seguimiento de los Cuidados Básicos. Hemodinámica.

Semana 1. Hemodinámica										
Profesional que ejecuta el cuidado	Auxiliar <input type="checkbox"/>		Enfermera <input type="checkbox"/>		Otro* <input type="checkbox"/>					
Profesional responsable del cuidado	Auxiliar <input type="checkbox"/>		Enfermera <input type="checkbox"/>		Otro* <input type="checkbox"/>					
Presencia de la ER la primera vez que se realiza el cuidado	Sí <input type="checkbox"/>					No <input type="checkbox"/>				
Ítems planteados	Cuidado administrado por el alumno					Cuidado administrado por un profesional de la unidad				
	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Muy pocas veces*	Nunca *	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Muy pocas veces*	Nunca *
1. ¿Se toma la TA en ambos brazos de forma previa y nos quedamos con el valor más alto?										
2. ¿Se tiene en cuenta el tamaño del manguito para la toma de la TA?										
3. ¿Se tiene en cuenta el aumento progresivo de la presión del manguito hasta la desaparición del pulso apical?										
4. ¿Se pregunta al paciente si acaba de fumar antes de la toma de la saturación de oxígeno?										
5. ¿Se observa si el paciente lleva esmalte de uñas antes de la toma de la saturación de oxígeno?										
6. En la toma de pulso, ¿se mide durante un tiempo determinado y se multiplica hasta obtener el pulso por minuto?										
7. En cuanto a la temperatura corporal ¿Se considera que hay fiebre a partir de 38°C?										
8. ¿Se usan medidas físicas para paliar la fiebre además de la medicación pautaada?										
9. ¿Se tiene en cuenta la constante de frecuencia respiratoria?										
Observaciones										
*Se debe especificar en este apartado quién realiza el cuidado, y el motivo de no realizar este cuidado.										

3.1.1.1.3 Proceso de validación y recogida de datos.

Cada una de las variables expuestas las establece la persona responsable de la asignatura “Cuidados Básicos de Enfermería” ciñéndose al contenido de la nombrada asignatura y presentándolas para su posterior consenso y acuerdo con el total de profesorado que compone la materia “Cuidados de Enfermería en Procesos Asistenciales” debido a que cada uno de estos profesores tutorizó de forma directa a un número determinado de alumnos durante las prácticas clínicas.

Tras este proceso y, como expertos enfermeros clínicos, se envió el “Cuaderno de seguimiento y evaluación de los Cuidados Básicos Basados en la Evidencia” a los Profesores Asociados Asistenciales para la valoración del contenido del mismo.

Después recoger todas las aportaciones realizadas por todo el profesorado participante, se realizó una reunión para establecer el acuerdo de todas las partes participantes en el contenido del Cuaderno de seguimiento y evaluación de los Cuidados Básicos Basados en la Evidencia. Una vez conseguido el consenso, se realizó un estudio o prueba piloto para determinar la fiabilidad del cuestionario formulado y, con ello, de ser necesario, realizar los pertinentes cambios en dicho cuestionario. Esta fase se llevó a cabo con

alumnos de tercer curso dado que los mismos ya han superado el periodo de prácticas clínicas que corresponden a los “Cuidados Básicos de Enfermería”. Así, se establecieron varias oleadas de recogida de esta prueba piloto hasta conseguir un número mínimo de cuestionarios necesarios para la medición de la fiabilidad de la herramienta:

- Se estableció una primera recogida de cuestionario a través de la figura de Profesor Asociado Asistencial (PAA), en el que se envió a cada uno de los PAA el “Cuaderno de seguimiento y evaluación de los Cuidados Básicos Basados en la Evidencia” vía mail indicándose en el cuerpo del correo que los destinatarios de este cuadernos son los alumnos de tercer curso. Se ejecutó este primer contacto la semana del 27 de enero hasta el 3 de febrero de 2014.
- De no recogerse suficientes cuadernos para realizar la validación del mismo, se procedió a concertar un acuerdo con algún profesor de tercer curso para que, cuando sus alumnos estuvieran en el aula, prestara unos minutos de su clase magistral para repartir los cuadernos y explicar su cumplimentación. Este nuevo intento se estableció para la semana del 17 al 21 de febrero de 2014.
- Si la tasa de respuesta no fuera la esperada, en una última fase se procedió a repartir nuevamente los cuadernos en un aula de simulación en los que la asistencia está marcada como obligatoria. Queda determinada la fecha para este último intento en la semana del 3 al 7 de marzo de 2014.

Para la cumplimentación del cuaderno, se solicitó a los alumnos que lo respondieran de forma voluntaria, anónima e individual, teniendo en consideración la evaluación de los Cuidados Básicos en las prácticas clínicas que estaban realizando.

Tras la comprobación de la consistencia de la escala y sus propiedades métricas correspondientes, si hubiese que realizar algún cambio se aplicaría lo que estadísticamente corresponda y se volvería a repartir el “Cuaderno de evaluación y seguimiento de los Cuidados Básicos Basados en la Evidencia” a los alumnos de tercero para volver a medir sus propiedades métricas. Esta segunda fase se estableció en la semana del 10 al 14 de marzo de 2014.

3.1.1.1.4 Análisis de los datos

Para establecer la fiabilidad del instrumento se calculó la consistencia interna general del instrumento y de cada uno de los ítems a través del α de Cronbach. Como criterio para valorar este parámetro estadístico se utilizó la literatura de George y Mallery (2003), quienes sugieren las recomendaciones siguientes para evaluarlo:

Valor	Interpretación
Coeficiente alfa > 0,9	Excelente
Coeficiente alfa > 0,8	Bueno
Coeficiente alfa > 0,7	Aceptable
Coeficiente alfa > 0,6	Cuestionable
Coeficiente alfa > 0,5	Pobre
Coeficiente alfa < 0,5	Inaceptable

Además se comprobó la significación estadística del análisis factorial mediante Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y prueba de Bartlett y se realizó un análisis factorial para comprobar la validez de constructo. La prueba de KMO se interpretó según Kaiser¹²³ como: $\geq 0,9$ Muy bueno; $\geq 0,8$ Notable; $\geq 0,7$ Mediano; $\geq 0,6$ Bajo y; $< 0,5$ Muy bajo.

3.1.1.2 Rúbrica de Cuidados Básicos de Enfermería.

3.1.1.2.1 Sujetos

- Creación de la Rúbrica de Cuidados Básicos: 5 Profesores que componen la materia Cuidados de Enfermería en los Procesos Asistenciales.
- Grupo de expertos (validez de contenido): 11 elegidos por su experiencia en el campo de la educación, experiencia en la docencia en enfermería y experiencia en la enfermería clínica.
- Fiabilidad y validez de constructo: 45 alumnos de segundo curso matriculados en las cuatro asignaturas que componen la material de Cuidados de Enfermería en los Procesos Asistenciales y que realizan sus prácticas clínicas en el periodo ordinario en el curso académico 2013-2014.

3.1.1.2.2 Variables

A partir de unos criterios generales, se detallan unos niveles para determinar la nota final del diario. Las variables que contiene la Rúbrica de Cuidados Básicos de Enfermería son:

- El Diario Reflexivo refleja el cuidado básico llevado a cabo la semana correspondiente:
 - El estudiante no indica ni la semana, ni el cuidado básico que se ha reforzado dicha semana.
 - El estudiante nombra la semana en la que se encuentra o el cuidado básico que se revisa dicha semana.
 - El estudiante nombra la semana en la que se encuentra e indica el cuidado básico que se revisa esa misma semana.
 - El estudiante describe la semana en la que se encuentra, indica el cuidado básico que se revisa esa misma semana e incluye una descripción breve del mismo.
- El Diario Reflexivo refleja los nuevos aprendizajes relacionados con el cuidado básico de la semana:

- El estudiante no refiere ningún nuevo aprendizaje respecto al cuidado básico que trata en la semana.
 - El estudiante refiere algún nuevo aprendizaje relacionado con el cuidado básico de la semana.
 - El estudiante enumera nuevos aprendizajes relacionados con el cuidado básico que se trata en la semana correspondiente.
 - El estudiante describe qué nuevos aprendizajes le han supuesto en el cuidado básico pertinente a la semana.
- El Diario Reflexivo aporta cómo se siente el alumno ante un incidente crítico:
 - El estudiante no refiere ningún sentimiento durante el aprendizaje en situaciones imprevistas con el cuidado básico perteneciente a la semana.
 - El estudiante refiere algún sentimiento ante una situación imprevista de aprendizaje relacionada con el cuidado básico de la semana.
 - El estudiante describe cómo se siente ante una situación imprevista de aprendizaje relacionado con el cuidado básico tratado en la semana.
 - El estudiante describe cómo se siente ante una situación imprevista de aprendizaje y detalla cómo gestiona ese sentimiento con el cuidado básico correspondiente a la semana.
- Al detectar un incidente crítico se busca la mejor respuesta para resolverlo:
 - Ante un incidente crítico el estudiante no busca la mejor respuesta para resolverlo.
 - Ante un incidente crítico el estudiante nombra la que cree que es la mejor opción para resolver el incidente crítico.
 - Ante un incidente crítico el estudiante argumenta la que cree que es la mejor opción para resolver el incidente crítico.
 - Ante un incidente crítico el estudiante plantea diversas formas para resolverlo y argumenta la que cree que es la mejor opción para el mismo.
- Ante una duda de contenido se realiza una búsqueda bibliográfica:
 - El estudiante no realiza ninguna búsqueda bibliográfica al respecto de los cuidados básicos tratados en la semana a la que corresponde.

- El estudiante sólo refiere el resultado de la búsqueda bibliográfica, sin hacer alusión a cómo realiza esa búsqueda relacionado con los cuidados básicos vistos en esa semana.
 - El estudiante detalla cómo realiza la búsqueda bibliográfica y el resultado de la misma relacionado con los cuidados básicos tratados en esa semana.
 - El estudiante detalla cómo realiza la búsqueda bibliográfica, el resultado de la misma y realiza las referencias bibliográficas pertinentes mediante normas Vancouver sobre los cuidados básicos de la semana.
- Se realizan preguntas y las intenta resolver mediante PBE:
 - El estudiante no refiere ningún interés por la PBE.
 - El estudiante formula preguntas clínicas contestables y traduce esas preguntas en búsquedas eficaces de la mejor evidencia.
 - El estudiante formula preguntas clínicas contestables, traduce esas preguntas en búsquedas eficaces de la mejor evidencia y valora de forma crítica esa evidencia.
 - El estudiante formula preguntas clínicas contestables, traduce esas preguntas en búsquedas eficaces de la mejor evidencia, valora de forma crítica esa evidencia y propone cómo integrar dicha evidencia en sus prácticas clínicas.

El resultado final de la Rúbrica puede verse plasmado la Figura 16 y el Anexo 2.

Así para cada uno de los niveles, se especifican las siguientes calificaciones cuantitativas: 2,5; 5; 7,5 y 10; estas calificaciones vienen acompañadas de una cualificación que se corresponde con la nota cuantitativa del siguiente modo: 2,5 puntos → Revisar; 5 puntos → Suficiente; 7,5 puntos → Adecuado; 10 puntos → Excelente; en función del esfuerzo del alumno a la hora de elaborar su diario reflexivo semanal. El tutor o corrector de cada uno de los diarios marcará una puntuación por criterio y, para calcular la nota final del diario se realizará la suma de la puntuación obtenida en cada uno de los criterios, dividida entre 6.

Figura 16. Rúbrica de los Cuidados Básicos de Enfermería.

INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN: Se deberá indicar qué ítem de cada criterio cumple el alumno en cada uno de los diarios que se corrige. Se deberá indicar la puntuación total de cada uno de los criterios. La nota final de cada uno de los diarios se obtendrá a través de la media aritmética de ese diario. La nota final este apartado en las prácticas clínicas se realizará mediante media aritmética de cada uno de los diarios de los alumnos.

Alumno: _____ Semana evaluada: _____

Criterios	Revisar (2,5)	Suficiente (5)	Adecuado (7,5)	Excelente (10)
• El DR refleja el cuidado básico llevado a cabo la semana correspondiente	El estudiante no indica ni la semana, ni el cuidado básico que se ha reforzado dicha semana.	El estudiante nombra la semana en la que se encuentra o el cuidado básico que se revisa dicha semana.	El estudiante nombra la semana en la que se encuentra e indica el cuidado básico que se revisa esa misma semana.	El estudiante describe la semana en la que se encuentra, indica el cuidado básico que se revisa esa misma semana e incluye una descripción breve del mismo.
• El DR refleja los nuevos aprendizajes relacionados con el cuidado básico de la semana	El estudiante no refiere ningún nuevo aprendizaje respecto al cuidado básico que trata en la semana.	El estudiante refiere algún nuevo aprendizaje relacionado con el cuidado básico de la semana.	El estudiante enumera nuevos aprendizajes relacionados con el cuidado básico que se trata en la semana correspondiente.	El estudiante describe qué nuevos aprendizajes le han supuesto en el cuidado básico pertinente a la semana.
• El DR aporta cómo se siente el alumno ante un incidente crítico	El estudiante no refiere ningún sentimiento durante el aprendizaje en situaciones imprevistas con el cuidado básico perteneciente a la semana.	El estudiante refiere algún sentimiento ante una situación imprevista de aprendizaje relacionada con el cuidado básico de la semana.	El estudiante describe cómo se siente ante una situación imprevista de aprendizaje relacionado con el cuidado básico tratado en la semana.	El estudiante describe cómo se siente ante una situación imprevista de aprendizaje y detalla cómo gestiona ese sentimiento con el cuidado básico correspondiente a la semana.
• Al detectar un incidente crítico* se busca la mejor respuesta para resolverlo	Ante un incidente crítico el estudiante no busca la mejor respuesta para resolverlo.	Ante un incidente crítico el estudiante nombra la que cree que es la mejor opción para resolver el incidente crítico.	Ante un incidente crítico el estudiante argumenta la que cree que es la mejor opción para resolver el incidente crítico.	Ante un incidente crítico el estudiante plantea diversas formas para resolverlo y argumenta la que cree que es la mejor opción para el mismo.
• Ante una duda de contenido se realiza una búsqueda bibliográfica	El estudiante no realiza ninguna búsqueda bibliográfica al respecto de los cuidados básicos tratados en la semana a la que corresponde.	El estudiante sólo refiere el resultado de la búsqueda bibliográfica, sin hacer alusión a cómo realiza esa búsqueda relacionado con los cuidados básicos vistos en esa semana.	El estudiante detalla cómo realiza la búsqueda bibliográfica y el resultado de la misma relacionado con los cuidados básicos tratados en esa semana.	El estudiante detalla cómo realiza la búsqueda bibliográfica, el resultado de la misma y realiza las referencias bibliográficas pertinentes mediante normas Vancouver sobre los cuidados básicos de la semana.
• Se realizan preguntas y las intenta resolver mediante PBE#	El estudiante no refiere ningún interés por la PBE.	El estudiante formula preguntas clínicas contestables y traduce esas preguntas en búsquedas eficaces de la mejor evidencia.	El estudiante formula preguntas clínicas contestables, traduce esas preguntas en búsquedas eficaces de la mejor evidencia y valora de forma crítica esa evidencia.	El estudiante formula preguntas clínicas contestables, traduce esas preguntas en búsquedas eficaces de la mejor evidencia, valora de forma crítica esa evidencia y propone cómo integrar dicha evidencia en sus prácticas clínicas.
Total nota sumatorio:		Nota final: /6=		

OBSERVACIONES:

* El incidente crítico se encontrará directamente relacionado con el cuidado básico tratado en la semana correspondiente del cuaderno de "Seguimiento y evaluación de los cuidados básicos basados en la evidencia"

El planteamiento de las preguntas con formato PICO y su posterior resolución mediante PBE se encontrará directamente relacionado con el cuidado básico tratado en la semana correspondiente del cuaderno de "Seguimiento y evaluación de los cuidados básicos basados en la evidencia"

3.1.1.2.3 Proceso de Validación y recogida de datos a través de Rúbrica de Cuidados Básicos de Enfermería.

Con el objetivo de evaluar el diario reflexivo que semana a semana los alumnos reportarán a su tutor UJI, se creó esta herramienta que tienen el formato de rúbrica. Por otro lado, y para que los alumnos no aporten sus quejas en lo referente a la evaluación del Diario Reflexivo que formará parte de la nota final de cada una de las asignaturas que componen la materia "Cuidados de Enfermería en Procesos Asistenciales", se elabora esta rúbrica para que la evaluación del propio diario fuera lo más objetiva posible.

De esta forma, para la creación de la rúbrica, se consultó la bibliografía más reciente relacionada con la creación y la validez de estos instrumentos en el Espacio de Educación Superior. Así, se hallaron diversos artículos que aportaron información al respecto, pero es de reseñar que ninguno aportó consenso al respecto. Por ejemplo, autores como Stellmack et al¹²⁴ para la validez del instrumento sometieron el mismo a consenso de expertos y calculan el coeficiente de correlación de Spearman, mientras

que Torres Gordillo y Herrero Vázquez¹²⁵ realizaron un consenso de expertos y calculan el α de Cronbach para comprobar la consistencia interna del instrumento.

La creación de la rúbrica vino dada por las necesidades de evaluación específicas de los alumnos en sus prácticas clínicas a través de los diarios reflexivos. Es decir, cada uno de los criterios y sus correspondientes niveles se adecuarán a los conocimientos que los profesores deseaban potenciar a través del diario en sus alumnos durante las prácticas clínicas analizadas. Por lo tanto, se realizó un consenso previo para determinar el contenido de la rúbrica con profesorado sensibilizado con la innovación educativa y las nuevas formas de evaluación del Espacio Europeo de Educación Superior.

Así, en primer lugar y tras el primer consenso, se elaboraron los criterios de evaluación del diario reflexivo. Tras la elección de los criterios, se propusieron hasta un máximo de cinco niveles dentro de cada criterio para la evaluación de cada uno de estos puntos. Después del consenso, se elaboró una primera rúbrica y se sometió de nuevo a consenso del profesorado implicado realizando, de ser necesario, los cambios oportunos para llegar de nuevo a obrar la aceptación. Este trabajo se estipuló su finalización para la semana del 27 al 30 de enero de 2014.

Una vez obtenido un instrumento acorde a las necesidades de las distintas partes, se envió esta versión a diversos expertos en la materia vía correo electrónico con unas instrucciones adjuntas que explican el objetivo de este instrumento, su composición, unas breves instrucciones y la redacción de la escala Likert de la que deben hacer uso para evaluar cada uno de los niveles (Anexo 3). Estos expertos serán elegidos debido a su experiencia en el campo de la educación y a su larga trayectoria en el campo de la enfermería clínica. Así, finalmente quedará establecido un número de expertos tal entre 10 y 18¹²⁶. El correo electrónico fue enviado a los expertos la semana del 24 al 28 de febrero de 2014.

Al carecer de objetividad realizar una primera prueba piloto de la rúbrica para su validación, se estableció que tras la primera semana de prácticas clínicas del alumnado de segundo curso y una vez entregados los diarios reflexivos de esta primera semana, se corregirían de forma separada por dos profesores distintos, además de por el grupo de tutores asignados para cada uno de los alumnos; es decir, finalmente habrán tres observaciones diferentes, así se confinará la concordancia interobservador del

instrumento, debido a que el mismo se aplicó a lo largo del periodo práctico clínico por un total de 7 profesores distintos. Con motivo de un periodo de fiestas patronales especiales, se establece la primera entrega del diario reflexivo como fecha excepcional el miércoles 26 de marzo de 2014 antes de las 17 horas. Cuando el día acordado se recibieron los diarios, los tres grupos de profesores responsables de la corrección de forma independiente de los mismos tendrían un tiempo máximo de 48 horas para volcar los datos obtenidos.

Para determinar la validez de contenido de la Rúbrica se calcula el Índice de validez de contenido (CVI). El procedimiento desarrollado para la obtención de las valoraciones de los expertos de cada versión del instrumento fue a través del panel de expertos en el campo de educación y de la enfermería a los que se les solicitó que valoraran cada uno de los criterios y sus niveles de la rúbrica a través de una escala Likert que se determinó del siguiente modo: 1. Nada adecuado, 2. Poco adecuado, 3. Adecuado, 4. Muy adecuado.

3.1.1.2.4 Análisis de los datos

El cálculo de la validez de contenido de los ítems (I-CVI) de la rúbrica se realizó según la metodología propuesta por Polit & Beck (2006), en la que se establece la validez de contenido de cada uno de los ítems con la corrección de probabilidad debida al azar.

El cálculo de las distintas variables necesarias para el análisis del CVI fue¹²⁷:

- a) **Acuerdos [A]:** Número de expertos que le dieron al ítem una puntuación de 3 ó 4 (relevancia buena).
- b) **Item level validity calculation [I-CVI]:** Nivel de validez del ítem. Criterio de valoración: puntuaciones $\geq 0,78$ se consideran aceptables. Cálculo:

Fórmula 1. Item level validity calculation [I-CVI].

$$I-CVI = \frac{\text{nº de expertos que han clasificados ítems con puntuaciones 3 ó 4}}{\text{Total de expertos}}$$

- c) **Probability of chance agreement [P_c]**: Probabilidad de que la concordancia sea debida al azar. Criterio de valoración: se recomienda obtener valores cuanto más pequeño mejor. Cálculo:

Fórmula 2. Probability of chance agreement [P_c].

N= nº de Expertos
A= nº de puntuaciones de 3 ó 4

$$p_c = \left[\frac{[N!]}{[A! (N - A)!]} \right] \times 0,5^N$$

- d) **Modified Kappa Coefficient designating agreement on relevance [K]**: Coeficiente Kappa modificado designa la proporción de acuerdo sobre la relevancia del ítem. El criterio de valoración del K ha sido establecido por dos autores, de los cuales, se utilizará el criterio establecido por Polit et al., 2007. Este criterio es el siguiente:

Valoración	Valor K
Excelente	>0,74
Buena	0,60-0,74
Pobre	0,59-0,40

Fórmula 3. Modified Kappa coefficient designating agreement on relevance [K].

$$k = \frac{1 - CVI - p_c}{1 - p_c}$$

- e) **Overall scale average [$S-CVI$]**: Media de las puntuaciones de todos los I-CVI. Refleja la importancia global del instrumento. Criterio de valoración: puntuación mínima de 0,80, valores $\geq 0,9$ representan una validez elevada.

Tras estas estimaciones, y con el nuevo instrumento construido, cuando se realizó la primera corrección de los diarios por los tres observadores se comprobó la consistencia interna del mismo mediante α de Cronbach y el Coeficiente de Correlación de Spearman. Además, para determinar el grado de concordancia interobservador a través de tres medidas independientes se aplicó el test inferencial no paramétrico Kruskal-Wallis.

3.2 Segunda fase: Evaluación de la Estrategia Docente de Práctica Basada en la Evidencia.

3.2.1 Diseño

Se llevó a cabo un estudio cuasi-experimental antes-después longitudinal prospectivo, en el periodo de tiempo entre febrero y julio de 2014.

Finalmente se ejecutó un estudio cuasi-experimental sin grupo control debido a que no era ético proporcionar una metodología didáctica a unos alumnos y a otros no, más aún cuando la selección de estos alumnos debía ser realizada por las personas que ejecutan el estudio. Por lo tanto, se desestimó realizar un estudio experimental verdadero.

Además, el número de alumnos matriculados por curso en el Grado de Enfermería de la Universitat Jaume I tampoco permite la distribución del alumnado por grupos debido a que el total máximo de matriculados por curso son 60 estudiantes.

3.2.2 Ámbito de estudio

3.2.2.1 El Grado en Enfermería en la Universitat Jaume I

La Universitat Jaume I de Castelló (UJI) es la universidad pública del norte de la Comunidad Valenciana. Esta universidad fue creada en el año 1991 y, desde entonces, se ha posicionado como una universidad de proximidad, caracterizada por el trato personalizado, la agilidad en sus procedimientos administrativos y un significativo nivel de participación de sus miembros en la vida universitaria, gracias entre otros factores a una población de gran dimensión (unos 15.000 estudiantes) y un campus integrado, instalaciones modernas funcionales y sostenibles.

Esta universidad tiene claro el camino que quiere recorrer en el ámbito de la formación superior y, por eso, trabaja por una educación integral de las personas, que tienen que encontrar en esta universidad el ambiente, los recursos y la promoción idónea para potenciar sus capacidades y su vocación mediante la formación específica, la investigación y la formación en valores y responsabilidades.

Entre la estructura y organización de esta universidad, se encuentran diferentes Centros, Departamentos e Institutos y, concretamente, dentro de la Facultad de Ciencias de la

Salud, se encuentra ubicada la Unidad Predepartamental de Enfermería. Ésta Unidad Predepartamental¹²⁸, fue constituida en septiembre de 2011 por aprobación del Consejo de Gobierno de la Universidad Jaume I. Entre sus objetivos se encuentran:

- Fomentar la investigación en enfermería.
- Asegurar la coherencia entre los perfiles de profesorado y los estudios relacionados.
- Colaborar con la mejora de las titulaciones en el ámbito que le son propios.

De esta forma, el Grado en Enfermería impartido en la Universitat Jaume I de Castelló, inició su andadura en el curso académico 2011-2012.

Este título va dirigido a otorgar a quien lo curse por completo las competencias necesarias para ejercer la profesión de enfermero responsable de cuidados generales en el entorno de la Unión Europea.

El soporte legislativo comunitario de la titulación se encuentra recogido en el Real Decreto 1837/2008¹²⁹, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE¹³⁰, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE¹³¹, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado; el cual, la sección tercera viene dedicada a la Enfermera responsable de cuidados generales¹³². Así, este Real Decreto vierte dos puntos importantes que, más adelante se tratarán en profundidad, siendo estos:

- Artículo 43. Formación en Enfermería responsable de cuidados generales;
 - punto 2: Para su reconocimiento, a efectos del acceso a las actividades profesionales de enfermera responsable de cuidados generales, la formación conducente a la obtención de los títulos a que se refiere el artículo 30 deberá cumplir los requisitos que se recogen en los siguientes apartados. Apartado d):
 - Deberá haber sido impartida por personal docente de enfermería, así como por otras personas competentes y la

formación clínica se impartirá en hospitales y otros centros sanitarios.

- punto 3: La formación acreditada deberá implicar que la persona solicitante ha adquirido los siguientes conocimientos y competencias. Apartado c):
 - Una experiencia clínica adecuada, adquirida bajo la supervisión de personal de enfermería cualificado y en los lugares donde la importancia del personal cualificado y los equipos sean adecuados para la prestación de los cuidados de enfermería.

El Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I, está estructurado en cuatro cursos académicos, en los cuales, concretamente, en el segundo semestre de segundo curso se imparten las asignaturas que forman parte de la materia “Cuidados de Enfermería en Procesos Asistenciales”. Estas asignaturas son las que se exponen en el cuadro 1.

Cuadro 1. Relación de asignaturas que componen Cuidados de Enfermería en Procesos Asistenciales.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">a) <i>Cuidados Básicos de Enfermería.</i>b) <i>Cuidados de Enfermería en Procesos Osteoarticulares.</i>c) <i>Cuidados de Enfermería en procesos Digestivos, Renales y Endocrinos.</i>d) <i>Cuidados de Enfermería en procesos Cardiovasculares y Respiratorios.</i> |
|--|

En cada una de estas cuatro asignaturas, la metodología llevada a cabo para evaluar las mismas, se compone tanto de clases teóricas (problemas), como de enseñanzas prácticas (laboratorio) en el aula de simulación y, por último, enseñanzas prácticas (prácticas clínicas) que se ejecutarán en cada uno de los centros asistenciales, tanto públicos como privados, designados para tal fin y ubicado en la Provincia de Castellón.

De esta forma, las clases teóricas se imparten en aulas convencionales a un grupo de 60 estudiantes, en las que el profesor, utiliza material audiovisual como apoyo a la docencia, además de la plataforma Moodle a través de la cual, construye un aula virtual de la asignatura para mejorar el aprendizaje de los alumnos y que sirve como comunicación directa con los alumnos mediante los foros de las distintas asignaturas.

En el caso de Cuidados Básicos de Enfermería, esta parte de la asignatura se evalúa mediante examen tipo test y durante esta parte de la docencia se alternan las sesiones expositivas y/o clases teóricas con la resolución de problemas o casos y la realización de trabajos¹³³.

Por otro lado, las enseñanzas prácticas de laboratorio, es decir, las prácticas simuladas, son llevadas a cabo en grupo reducido (de unos 30 estudiantes) en un aula diseñada específicamente para llevar a cabo actividades de simulación que se denomina laboratorio de simulación, como paso previo las prácticas tuteladas/clínicas. Esta enseñanza implica el uso de técnicas como: resolución de problemas, casos, experimentos, uso de herramientas informáticas, talleres prácticos, etc⁶. Es de destacar que los contenidos de las prácticas simuladas son consensuados por el profesorado de las asignaturas que integran la materia. Estas prácticas de simulación se evalúan mediante la ejecución de una técnica elegida al azar bajo supervisión de la profesora responsable de la asignatura.

Por último, las enseñanzas prácticas llevadas a cabo en el entorno clínico se organizan por equipos de cuatro estudiantes, distribuidos al azar por parejas, en turnos de mañana y tarde. En cada unidad médico quirúrgica incluida en el convenio de prácticas Consellería-Universidad se asignan 6 pacientes (números de camas) al equipo de estudiantes y debe contar con al menos un/a Enfermera de Referencia (ER) por cada dos estudiantes. El estándar mínimo es, que en cada unidad asistencial haya al menos una Enfermera de Referencia.

Las/os ER son profesionales de enfermería comprometidos con el aprendizaje de los estudiantes en el ámbito clínico, que tras pasar un periodo de formación específico acreditado (Anexo 4) que, conocen y comparten los requisitos recogidos en el documento “Guía de prácticas clínicas”, están capacitados/as para evaluar la adquisición de competencias de los estudiantes durante las prácticas clínicas, siguiendo la guía de evaluación específica del periodo correspondiente “Guía de evaluación de las prácticas clínicas. Bloque II” (Anexo 5)⁹.

3.2.2.2 Las Enfermeras de Referencia

En cuanto a la figura de Enfermeras de Referencia (ER), cabe destacar que son Enfermeras que actualmente están trabajando en el área clínica donde los estudiantes del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I realizarán sus correspondientes prácticas clínicas. Esta figura representa a una persona que, de forma totalmente voluntaria y altruista, se interesa por la formación de los futuros profesionales de enfermería que la Universitat Jaume I está formando en su seno académico.

La ER está presente tanto en el ámbito de atención primaria como en el ámbito hospitalario, con la atención especializada. La parte correspondiente a esta investigación se centrará en las enfermeras que van a prestar su estrecha colaboración en el ámbito hospitalario.

Los diferentes hospitales mediante los cuales las ER participan en la adquisición de los resultados de aprendizaje de los estudiantes del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I son los correspondientes a la Provincia de Castellón. Así, esta provincia, tal y como se puede observar en la figura 17¹³⁴, se compone de tres departamentos (Departamento de Vinarós, Departamento de Castelló y Departamento La Plana).

Figura 17. División territorial por Departamentos Sanitarios de la Comunidad Valenciana. Fuente: Conselleria de Sanitat, Comunitat Valenciana.



3.2.2.3 Ámbitos Hospitalarios participantes

De estos departamentos, participan en la formación de los estudiantes de segundo curso del Grado en enfermería de la Universitat Jaume I los hospitales detallados en el cuadro 3.

Cuadro 3. Hospitales que participan en la formación de los estudiantes.

- a) Hospital Universitari General de Castelló.
- b) Hospital de La Plana.
- c) Hospital La Magdalena.
- d) Hospital Comarcal de Vinarós.
- e) Instituto de Traumatología de Unión de Mutuas.
- f) Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón.

3.2.2.3.1 Hospital Universitari General de Castelló

El Hospital Universitari General de Castelló está compuesto por 8 plantas: sótano, planta baja y 6 plantas numeradas y divididas cada una de ellas en secciones: A, B, C, D, E y F¹³⁵. Los servicios que participan en la formación de los estudiantes son:

- a) Urología y especialidades (2ªD).
- b) Cirugía (5ªA).
- c) Traumatología (4ªB).

En este hospital desarrollan su labor profesional un total de 596 enfermeros, de los cuales, un total de 64 han completado la formación como Enfermero de Referencia. De este número total, los profesionales enfermeros que se corresponden con los servicios que participan de forma directa en la formación de los estudiantes de segundo curso del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I se cuantifican en 26, distribuidos en: 9 enfermeras en urología, 9 en cirugía y 8 enfermeras en traumatología; de los cuales nueve son ER en activo que participan en la enseñanza, adquisición de competencias y evaluación de los alumnos nombrados.

3.2.2.3.2 Hospital de La Plana

El Hospital de La Plana alberga un total de 243 camas repartidas entre sus servicios, en las que desarrollan un total de 285 enfermeras su labor asistencial¹³⁶.

Los servicios que directamente participan en la formación de los estudiantes de segundo curso del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I en el curso académico 2013-2014 son los que se detallan a continuación:

- a) Trauma-UCE.
- b) Cardiología.
- c) Digestivo.
- d) Medicina interna.
- e) Cirugía.
- f) Otorrinolaringología.
- g) Urología.

En los cuales, son 70 enfermeros los que trabajan allí. De estos, 65 son ER y un total de 21 ER participan de forma activa en el proceso de enseñanza y evaluación de los estudiantes.

3.2.2.3.3 Hospital de la Magdalena

El Hospital de la Magdalena, está catalogado como hospital de atención a pacientes crónicos y de larga estancia, que presta servicios asistenciales a los tres Departamentos de la provincia de Castellón. Pertenece a la red de hospitales de asistencia a crónicos y larga estancia (HACLE) de la Agencia Valenciana de Salud.

Este centro cuenta con unos profesionales sanitarios con gran experiencia, dedicación y cualificación, así como también como con un equipo de profesionales no sanitarios cuya actividad está encaminada a atender las necesidades del paciente y su familia. La misión del presente hospital se traduce en la atención a personas con enfermedad crónica y dependencia, desde una concepción integral, humanista y ética, para favorecer la recuperación total o parcial de la funcionalidad y autonomía, mejorar su calidad de vida y proporcionar a la familia o cuidadores las habilidades y el apoyo emocional necesario¹³⁷.

Para atender a estas instalaciones trabajan en ellas un total de 66 enfermeros. De estos enfermeros, 20 trabajan en los servicios donde hay estudiantes de segundo curso de la Universitat Jaume I. Los alumnos que asisten a realizar sus prácticas asistenciales en este centro, se hallan ubicados en la tercera planta en las unidades de hospitalización básica. Este centro, actualmente, cuenta con un total de 25 ER formados, participando de forma activa tres ER en la formación de los estudiantes nombrados.

3.2.2.3.4 Hospital Comarcal de Vinarós

El Hospital Comarcal de Vinarós es un hospital Público ubicado en la ciudad de Vinarós, Castellón. Este hospital posee un total de 137 camas.

En este hospital trabajan un total de 140, siendo un total de 53 las enfermeras de referencia formadas. Aunque este hospital tiene convenio para que los estudiantes del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I asistan a realizar prácticas clínicas en sus

instalaciones; durante el curso académico 2013-2014 no se desplaza ningún alumno de segundo curso para desenvolver sus prácticas clínicas en este hospital.

3.2.2.3.5 Instituto de Traumatología de Unión de Mutuas

La Unión de Mutuas dispone de instalaciones especializadas en traumatología laboral para la atención de empresarios y los trabajadores protegidos. Este centro de referencia es uno de los 8 hospitales que conforman la oferta hospitalaria de una Mutua de Accidentes de Trabajo a los empresarios de España.

El hospital, se encuentra ubicado en la Avenida del Lledó, 67 de Castellón.

Además de cumplir las labores asistenciales y de realizar intervenciones quirúrgicas, el Instituto de Traumatología Unión de Mutuas cumple funciones de investigación y de formación del personal sanitario, contando con una biblioteca virtual con acceso a investigaciones científicas¹³⁸.

En este instituto traumatológico, desarrollan su labor asistencial 16 enfermeros, de los cuales, dos son enfermeras de referencia que participan de forma activa con la Universitat Jaume I; siendo un total de 8 el número de ER formados en este centro. El servicio que participan durante el curso académico 2013-2014 en la formación de los alumnos de segundo curso es el servicio de hospitalización.

3.2.2.3.6 Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón

El Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón se ubica en el centro de Castellón.

En las diferentes instalaciones de este hospital, prestan su servicio un total de 236 enfermeras. Desde este hospital han realizado de forma completa un número de 40 enfermeras el programa de enfermeras de referencia establecido por la Universitat Jaume I. Durante el curso académico 2013-2014 participan en la formación de los estudiantes de segundo curso los siguientes servicios:

- a) Traumatología.
- b) Cirugía.

Siendo un total de tres las ER implicadas.

3.2.3 Población a estudio

La población a estudio estuvo compuesta por los estudiantes del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I matriculados el segundo curso académico del nombrado grado y con asignaturas con práctica clínica. Así, el total de la muestra lo completaron los 50 alumnos matriculados en el curso académico 2013-2014 de la asignatura “Cuidados Básicos de Enfermería”, tutelados por un total de 38 Enfermeras de Referencia (ER) durante el periodo de prácticas clínicas que se extendieron desde el 17 de marzo del 2014 hasta el 20 de junio del mismo año, en los hospitales mencionados en el apartado anterior. Se realizó un muestreo intencional.

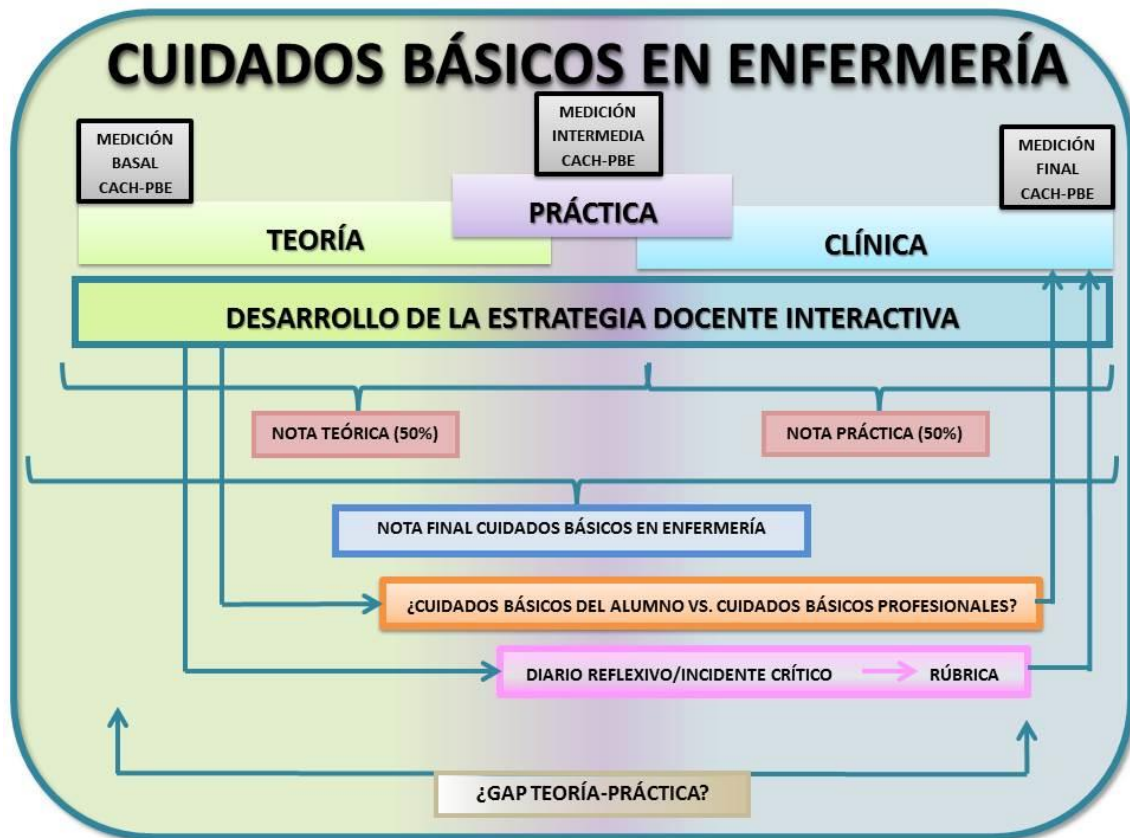
Se incluyeron en el presente estudio todos los alumnos matriculados en las cuatro asignaturas que componen la materia Cuidados de Enfermería en Procesos Asistenciales y a las ER que llevarán a cabo su labor docente-asistencial con los alumnos que forman parte de la muestra. Se excluyeron del presente estudio a:

- Alumnos que no matriculados de alguna de las cuatro asignaturas que componen la nombrada materia y, como consecuencia, no puedan realizar el periodo de prácticas clínicas de forma completa.
- Alumnos que no completen el periodo práctico.
- Alumnos que no hayan iniciado el periodo práctico.
- Alumnos que realicen prácticas asistenciales durante el denominado periodo extraordinario.

3.2.4 Variables e instrumentos de medida.

Debido a que la presente Tesis Doctoral se utilizó varios instrumentos de medida diferentes, estableciendo varios puntos de recogida de datos, se propone, primeramente, un esquema que permita obtener una visión general de la misma (Figura 18).

Figura 18. Esquema general de la Tesis Doctoral.



3.2.4.1 Variable intervención.

Se diseñó un programa específico que incluye la estrategia docente interactiva de aprendizaje de Práctica Basada en la Evidencia. Esta estrategia docente interactiva fue diseñada en base a la literatura reciente sobre el aprendizaje de esta competencia para alumnos tanto de medicina como enfermería¹³⁹⁻¹⁵¹. Así, se compone de forma específica de dos horas teóricas de Práctica Basada en la Evidencia en la que se sumerge al alumno en:

- El concepto de investigación científica,
- El concepto de investigación en enfermería,

- Las fuentes del conocimientos para las ciencias de la salud durante el proceso de investigación,
- Las etapas del proceso de investigación,
- La definición de la utilización de la investigación,
- La relevancia y la utilidad de la investigación en enfermería,
- Los determinantes de la utilización de la investigación,
- La definición de la práctica basada en la evidencia,
- La metodología de la práctica basada en la evidencia,
- La formulación de la pregunta clínica estructurada,
- Los tipos de diseño de investigación y tipos de estudios adecuados en función del tipo de pregunta y,
- La búsqueda de la mejor evidencia.

Esta estrategia interactiva se completa con 2 horas de enseñanza práctica de simulación, las cuales, se llevan a cabo en un aula de informática en grupos más reducidos; se establece un máximo de 30 alumnos. Para ello, se prepara una nueva presentación la cual pretende hacer reflexionar al alumno, a la vez que estimular el pensamiento crítico acerca de para qué le sirve el aprendizaje de búsqueda de la mejor evidencia disponible. Además, en estas dos horas de enseñanza práctica se definen términos útiles relacionados para entender la práctica clínica basada en la evidencia extraídos de la literatura¹⁵².

Para llevar a cabo la sesión práctica de este laboratorio, se distribuye al alumnado en grupos elegidos al azar por la profesora de la asignatura, los cuales, se les asigna, también al azar, una pregunta PICO elaborada por la responsable de la asignatura y sobre la que van a trabajar.

La actividad concreta consistió en definir los términos de búsqueda, establecer los descriptores correspondientes tanto en español como en inglés y unir de forma correcta los descriptores mediante los operadores booleanos correspondientes. Se realizó un ejemplo práctico en el aula de simulación dirigido por la profesora que imparte dicho laboratorio con la intención de que los alumnos puedan seguir paso a paso la búsqueda bibliográfica. Se hizo uso para ello de la base de datos PubMed y del vocabulario estructurado y trilingüe de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS).

Posteriormente, se animó a los alumnos a aplicar el nuevo aprendizaje a través de la pregunta PICO que les ha sido propuesta.

Para finalizar esta estrategia interactiva, se estimuló al alumno a plantear preguntas con la estructura PICO e intentar resolverlas durante el desarrollo de sus prácticas clínicas en los diferentes centros asistenciales donde se desarrollan las mismas. La metodología a seguir es la del Incidente Crítico. El análisis de incidentes críticos es una herramienta para mejorar la calidad asistencial, para prevenir errores y para reflexionar sobre valores o actitudes profesionales¹⁵³.

Mediante esta metodología, se planteó que se plasmara tanto la formulación de la pregunta clínica estructurada como su posterior posible resolución en el diario reflexivo semanal y el Cuaderno de seguimiento y evaluación de los Cuidados Básicos Basados en la Evidencia.

Para que los alumnos ejecuten el diario reflexivo semanal sobre los cuidados básicos, se elaboró el Cuaderno de seguimiento y evaluación de los Cuidados Básicos Basados en la Evidencia descrito en la fase anterior.

3.2.4.2 Variables Resultado y procedimiento de recogida de datos.

3.2.4.2.1 Cuestionario de Actitudes, Conocimientos y Habilidades sobre Práctica Basada en la Evidencia (CACH-PBE)

Para valorar el resultado de la estrategia docente interactiva se utilizará el cuestionario validado denominado Cuestionario de Actitudes, Conocimientos y Habilidades de la Práctica Basada en la Evidencia (CACH-PBE) (Anexo 6).

El objetivo del CACH-PBE es medir la percepción que tiene el alumno sobre la adquisición de competencias relacionadas con la Práctica Basada en la Evidencia (PBE). Así, el CACH-PBE consta de 25 ítems que detectan unas habilidades, conocimientos y actitudes, tanto favorables como desfavorables ante la PBE. Se mide a través de una escala tipo Likert autoadministrada y entregada a los alumnos. La puntuación de la escala Likert es la siguiente: 1. Muy en desacuerdo, 2. En desacuerdo, 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo, 4. De acuerdo, 5. Muy de acuerdo.

De los 25 ítems que conforman el cuestionario, 9 han sido redactados en sentido inverso. En el instrumento se han señalado con un asterisco (Anexo 6). Antes de sumar las puntuaciones, los ítems mencionados se recodificaron, de forma que las respuestas en la categoría 1. Muy en desacuerdo cambió a 5. Muy de acuerdo; la categoría 2 pasó a puntuarse como la 4; la opción 3 no se modificó; la 4 pasó a ser la 2 y la 5 pasó a ser la 1.

El cuestionario fue diseñado para generar un índice global de “Percepción de las competencias en PBE” que se calcula sumando las puntuaciones obtenidas en los 25 ítems y tiene un recorrido desde 25 (mínima puntuación) hasta 125 puntos (puntuación máxima). Además se pueden extraer las puntuaciones medias obtenidas de cada una de las tres dimensiones (Actitudes, Conocimientos y Habilidades) y de cada uno de los ítems. Para extraer la puntuación media de la dimensión actitud habrá que sumar la puntuación obtenida en cada uno de sus ítems y dividirla entre 13. Para obtener la puntuación media de las dimensiones de conocimientos y habilidades habrá que sumar los ítems correspondientes a cada una de las dimensiones y dividirlos entre 6.

El cuestionario CACH-PBE está compuesto de los siguientes ítems, siendo respondidos todos mediante la aplicación de la escala Likert:

• **Escala de ACTITUD ante la Práctica basada en la Evidencia (PBE)**

- La PBE ayuda en la toma de decisiones en la práctica clínica.
- Confío en poder evaluar críticamente la calidad de un artículo científico.
- La aplicación de la PBE permitirá definir mejor el rol enfermero.
- El contrato de enfermería debería incluir tiempo para la lectura y valoración de la literatura.
- La aplicación mayoritaria de la PBE permitirá aumentar la autonomía respecto a otras profesiones.
- Me agradaría mucho que cuando trabaje como enfermera se esté aplicando la PBE.
- La práctica de la PBE mejora el cuidado del paciente.
- Desearía poder contribuir a la aplicación de la PBE en un futuro.
- La lectura de artículos científicos no me interesa.
- Los cambios que experimentarán los cuidados con la aplicación de la PBE serán mínimos.
- Me alegra que la PBE sea sólo una corriente teórica que no se pone en práctica.
- Si tuviera oportunidad realizaría un curso de PBE.
- Me gustaría tener mejor acceso a las evidencias científicas publicadas sobre enfermería

• **Escalas de CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES en enfermería basada en la evidencia (EBE)**

- Me siento capaz de plantear una pregunta clínica para iniciar la búsqueda de la mejor evidencia científica.
- No me siento capaz de realizar búsquedas de evidencia científica en las principales bases de datos de ciencias biosanitarias.
- No me siento capaz de buscar la información científica acerca del tema en los repertorios bibliográficos más importantes.
- Me siento capaz de evaluar la calidad de un artículo científico.
- No me siento capaz de analizar si los resultados obtenidos en un estudio científico son válidos.
- Me siento capaz de analizar la utilidad práctica de un estudio científico.

- Conozco cómo formular preguntas clínicas estructuradas según el formato PICO (paciente, intervención, comparación y resultado).
- Conozco las principales fuentes que ofrecen la información revisada y catalogada desde el punto de vista de la evidencia (Joanna Briggs, Conchrane Library, Evidence Based-Nursing, etc.)
- No conozco las características más importantes de los principales diseños de investigación.
- Conozco los distintos niveles de evidencia de los diseños de los estudios de investigación.
- No conozco los distintos grados de recomendación respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria.
- Conozco las principales medidas de asociación (RR, OR, etc...) y medidas de impacto potencial (NNT, NND, diferencia de riesgos, reducción del riesgo relativo, etc...) que permiten evaluar la magnitud del efecto analizado en los estudios de investigación.

Con esta herramienta, se realizó una Medición Basal antes de iniciar la estrategia docente interactiva en la asignatura de “Cuidados Básicos de Enfermería”. Esta medición se definió como basal puesto que los alumnos no habrán recibido nociones estructuradas de práctica basada en la evidencia. Así, se cumplimentará en el aula ordinaria el día que comienza la asignatura “Cuidados Básicos de Enfermería” y que se establece con fecha de 10 de Febrero del 2014.

Posteriormente, se realizó una nueva medición a la que se denominó Medición Intermedia que tuvo lugar el día 10 de Marzo del 2014, coincidiendo con la finalización de la parte teórico-simulada de la asignatura de “Cuidados Básicos de Enfermería” en la que se desarrolló gran parte de la estrategia teórica explicada con anterioridad.

Por último, se realizó una nueva medición al terminar las estancias clínicas pertinentes de los alumnos en los diferentes puestos de sanidad especializada indicados para ello. Esta última medición pasó a denominarse Medición Final, debido a que evaluó toda la estrategia docente más la parte que el alumno realiza como trabajo autónomo a través del diario reflexivo durante su estancia en el centro clínico correspondiente. Esta fecha de nueva recogida de datos se establece para el día 20 de Junio del 2014.

3.2.4.2.1.1 Ítems de valoración genérica sobre la Práctica Basada en la Evidencia

Se recogieron, basados en una escala analógica visual graduada del 0 al 10 las variables que se describen a continuación. Estas variables sólo se recogieron en la medición basal y en la medición final.

- Q1 ¿Cómo describirías, en general, tu actitud ante la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE)?
- Q2 ¿Cómo describirías, en general, el nivel de conocimientos teóricos que tienes sobre Enfermería Basada en la Evidencia?
- Q3 ¿Cómo describirías, en general, el nivel de habilidades prácticas que tienes para la aplicación de la Enfermería Basada en la Evidencia?
- Q4 ¿Cómo calificarías globalmente tu actitud frente a la actual promoción de la Enfermería Basada en la Evidencia?
- Q5 ¿Cómo calificarías globalmente la actitud que percibes en tus colegas ante la Enfermería Basada en la Evidencia?
- ¿Cómo calificarías globalmente tu nivel de conocimientos de?:
 - Q6 Inglés.
 - Q7 Informática de oficina.
 - Q8 Bioestadística.

3.2.4.2.2 Cuaderno de seguimiento y evaluación de los Cuidados Básicos Basados en la Evidencia.

Esta herramienta ha sido descrita en la fase anterior del estudio, conservando las mismas variables en ambas fases.

Tras la comprobación de la validez del cuaderno, se presentó formalmente a los alumnos de segundo curso el “Cuaderno de seguimiento y evaluación de los Cuidados Básicos Basados en la Evidencia” explicando su cumplimentación y su entrega. Se explicó a los alumnos que, de forma semanal, se haría entrega a través de Aula Virtual de la hoja del cuaderno correspondiente a la semana de prácticas clínicas concerniente a un cuidado básico. Quedó establecido que la entrega del trabajo se compondrá de:

- a) La hoja correspondiente del “Cuaderno de seguimiento y evaluación de los Cuidados Básicos Basados en la Evidencia” correspondiente a la semana de prácticas clínicas.
- b) Un diario reflexivo sobre el cuidado tratado en esa semana.
- c) Una autoevaluación del diario reflexivo con la rúbrica.

La entrega se realizaría periódicamente de forma semanal y se estableció que los alumnos pueden librar el documento en el lugar establecido en el Aula Virtual para tal efecto desde las 15 horas del viernes de la semana tratada hasta las 22 horas del domingo de la semana tratada. Las fechas de la entrega de los trabajos fueron las que se establecen en tabla 5.

Tabla 5. Fecha de entregas del Diario Reflexivo.

Cuidado tratado	Fechas para la entrega del diario
Hemodinámica	Entrega excepcional hasta el 26/03/2014
Movilidad	Del 04/04/2014 al 06/04/2014
Alimentación	Del 11/04/2014 al 13/04/2014
Descanso y sueño	Del 18/04/2014 al 20/04/2014
Higiene	Del 02/05/2014 al 04/05/2014
Eliminación	Del 09/05/2014 al 11/05/2014
Confort y seguridad	Del 13/05/2014 al 25/05/2014
Dolor, valoración y tratamiento	Del 06/06/2014 al 08/06/2014

Por último, la profesora responsable de “Cuidados Básicos de Enfermería” respondería a este mismo cuaderno antes de iniciar las prácticas clínicas de los alumnos de segundo curso, se fijó esta fecha para la semana del 10 al 14 de marzo de 2014.

3.2.4.2.3 Diario reflexivo sobre los Cuidados Básicos de Enfermería

El diario reflexivo sobre los Cuidados Básicos de Enfermería se evaluará a través de la herramienta presentada en la anterior fase del estudio como Rúbrica de los Cuidados Básicos. Este se entregará junto con el Cuaderno de seguimiento y evaluación de los Cuidados Básicos Basados en la Evidencia, tal y como se expone en el apartado anterior.

3.2.4.2.4 Calificaciones.

Para el cálculo de las notas finales de la asignatura de “Cuidados Básicos de Enfermería” en el curso 2013-2014 se tendrán en cuenta las siguientes especificidades:

3.2.4.2.5 Nota final de la asignatura de Cuidados Básicos de Enfermería.

La nota final de la asignatura se compone 50% de la nota final de apartado teórico-práctico simulado y 50% de la nota final del apartado práctico clínico.

3.2.4.2.6 Nota final del apartado teórico-práctico simulado de la asignatura Cuidados Básicos de Enfermería.

Esta parte del cómputo para calcular la nota final viene detallado de la siguiente forma:

- a. Examen final de la asignatura: tiene un valor del 30%.
- b. Práctica simulada en los laboratorios: 5%.
- c. Trabajos entregados a la profesora responsable de la asignatura: 15%.
 - i. Protocolo de actuación para Graduados en Enfermería: 10%.
 - ii. Inmersión en la búsqueda bibliográfica y pregunta PICO: 2,5%.
 - iii. Registros de enfermería en un caso clínico controlado: 2,5%.

El examen final de la asignatura se desarrolló en el aula de informática en forma de tipo test electrónico a través de Aula Virtual el día 13 de junio de 2014 en primera convocatoria ordinaria, siendo el 7 de julio de 2014 la fecha establecida para la segunda convocatoria ordinaria.

En cuanto a la práctica simulada en los laboratorios, la profesora responsable de la asignatura realizó un planning para cubrir de forma detallada, secuencial y ordenada el aprendizaje de los alumnos en el aula de simulación que se adjunta en la tabla 6. Esta práctica simulada en los laboratorios se desarrolló en las fechas en las que el horario del curso determinó. De este modo, para el curso 2013-2014 la práctica simulada en laboratorios comenzó el día 26 de febrero de 2014, extendiéndose en el tiempo hasta el día 12 de marzo de 2014 y desarrollándose de forma simultánea con la parte de clases magistrales de la asignatura “Cuidados Básicos de Enfermería”.

En lo referente a los trabajos la profesora responsable de la asignatura detalló en un documento de qué estaban compuestos y cómo debía ser la forma de entrega. Este documento se hizo extensible a todo el alumnado. La posterior corrección de los trabajos dependió de los criterios de entrega establecidos en el documento nombrado (Anexo 7).

Tabla 6. Organización de las prácticas de simulación de Cuidados Básicos de Enfermería.

Grupo A y B	
26/2/2014	<ul style="list-style-type: none">• Práctica Basada en la Evidencia
3/3/2014	<ul style="list-style-type: none">• Higiene postural• Registros de enfermería
4/3/2014	<ul style="list-style-type: none">• Higiene del paciente dependiente e higiene del paciente autónomo• Cambio de ropa de cama. Cama ocupada y libre
5/3/2014	<ul style="list-style-type: none">• Normas generales de movilización. Posiciones y movilización del paciente• Traslado de pacientes cama/cama y cama/sillón
6/3/2014	<ul style="list-style-type: none">• Lavado de manos: tipos y puesta en marcha• Preparación de un campo estéril
10/3/2014	<ul style="list-style-type: none">• Lavado de manos: tipos y puesta en marcha• Preparación de un campo estéril
11/3/2014	<ul style="list-style-type: none">• Comunicación:• Hemodinámica. Control de constantes vitales: tª, FC, FR, PANI y Sat. O2• Inserción y cuidado de catéteres intravenosos. Tipos de dispositivos intravenosos
12/3/2014	<ul style="list-style-type: none">• Refuerzo de simulación

3.2.4.2.7 Nota final del apartado práctico clínico de la asignatura Cuidados Básicos de Enfermería.

La evaluación de la parte de prácticas clínicas se especificó, mediante consenso del profesorado colaborador en las asignaturas correspondientes al bloque de Cuidados de Enfermería en Procesos Asistenciales, el Coordinado de Segundo Curso y de la Coordinadora de Prácticas Clínicas de segundo curso. Esta nota se calcula mediante:

- a) Un registro individual de aprendizaje por objetivos y actividades secuenciadas y temporalizadas en cuatro bloques a través del cual las Enfermeras de Referencia otorgan una nota final a cada uno de los alumnos. Para ello, se desarrollaron en el curso 2012-2013 la “Guía de evaluación de las prácticas clínicas. Bloque II” (Anexo 2). Este registro se rellenó de forma periódica por parte de las ER siendo recogido al final del periodo práctico clínico por los profesores responsables de las asignaturas (20 de junio de 2014).
- b) Evaluación de los registros de actividad realizados en soporte electrónico mediante el uso de dispositivos electrónicos (tablets). Esta evaluación se llevó a cabo a través de una parrilla desarrollada *ad hoc* (Anexo 8) de forma periódica tal y como los alumnos vayan reportando registros para poder indicar al alumno correcciones en cuanto al cumplimiento de los nombrados registros.
- c) Calificación de los diarios reflexivos y los cuadernos de seguimiento y evaluación de los Cuidados Básicos Basados en la Evidencia. Para la calificación de estos diarios se diseñó la descrita rúbrica. Así queda establecida de la siguiente forma (Tabla 7):

Tabla 7. Entrega de los Diarios Reflexivos por parte del alumnado.

Semana tratada	Cuidado básico desarrollado	Fechas para el desarrollo de la semana	Fechas para la entrega del diario
Semana 1	Hemodinámica	del 17 al 21 de Marzo	Entrega excepcional hasta el 26/03/2014
Semana 2	Movilidad	del 31 de Marzo al 4 de Abril	Del 04/04/2014 al 06/04/2014
Semana 3	Alimentación	del 7 al 11 de Abril	Del 11/04/2014 al 13/04/2014
Semana 4	Descanso y sueño	del 14 al 17 de Abril	Del 18/04/2014 al 20/04/2014
Semana 5	Higiene	del 28 de Abril al 2 de Mayo	Del 02/05/2014 al 04/05/2014
Semana 6	Eliminación	del 5 al 9 de Mayo	Del 09/05/2014 al 11/05/2014
Semana 7	Confort y seguridad	del 12 al 23 de Mayo	Del 13/05/2014 al 25/05/2014
Semana 8	Dolor, valoración y tratamiento	del 26 de Mayo al 6 de Junio	Del 06/06/2014 al 08/06/2014

3.2.4.2.8 Nota final de los Diarios Reflexivos.

Para el cálculo de la nota final de los Diarios Reflexivos se recogieron todas las Rúbricas de los Cuidados Básicos de Enfermería puntuadas por los profesores tutores de

las prácticas clínicas de cada uno de los alumnos por la responsable de la asignaturas de Cuidados Básicos de Enfermería. Debido a que se recogieron 8 rúbricas por alumno (1 por diario reflexivo) y que cada uno de los cuidados establecidos se consideran igual de importantes, se realizó un sumatorio de cada una de las notas obtenidas por cada alumno y se dividió entre 8. Esta nota tiene un impacto de un 12,5% en la nota final del apartado práctico.

3.2.4.2.9 Variables sociodemográficas y de control.

3.2.4.2.9.1 Variables sociodemográficas.

Las variables que componen el apartado de datos sociodemográficos son (Anexo 9):

- **Curso:** 2º/3º
- **Sexo:** *Hombre/Mujer*
- **Edad:** *campo abierto*
- **Otros estudios:**
 - Aparte de la titulación que estas cursando ¿Posees otros estudios?
Sí/No
 - Si tu respuesta anterior es afirmativa ¿qué estudios tienes?:
*FP Grado Medio, FP Grado Superior, Bachillerato u
Otros*
 - Determina qué título posees: *campo abierto*
- **Experiencia laboral en el sistema sanitario:**
 - ¿Has trabajado en el sistema sanitario anteriormente? *Sí/No*
 - Si tu respuesta anterior es afirmativa ¿Cuánto tiempo de experiencia tienes?: *Menos de un año, Entre 2 y 5 años ó
Más de 5 años*
 - ¿Qué puesto ocupaste?: *Celador, Auxiliar de enfermería ó Médico*
 - Otros: *campo abierto*
- **Idioma:**
 - ¿Posees algún nivel de idioma acreditado?: *Sí/No*
 - Idioma: *Valenciano, Inglés, Francés ó Alemá*
 - Otros: *campo abierto*
 - Nivel: *A1, A2, B1, B2, C1 ó C2*

Estas variables se recogen en la Medición Basal de la intervención educativa.

3.2.4.2.9.2 Variables de control.

Junto a las variables sociodemográficas se recogen las siguientes cuestiones:

- ¿Conoces la definición de Práctica Basada en la Evidencia?: *Sí/No*
- ¿La Práctica Basada en la Evidencia y la Enfermería Basada en la Evidencia, son lo mismo?: *Sí/No*
- ¿Has asistido a las clases de PBE impartidas en Cuidados Básicos de Enfermería? *Sí/No*

Estas tres últimas preguntas difieren en las diferentes mediciones. Así, las anteriormente expuestas, serán las preguntas que se plantearán en la recogida de datos “antes”, es decir, en la medición basal. Para la recogida de datos intermedia se aplicaron las siguientes cuestiones:

- ¿Conoces la definición de Práctica Basada en la Evidencia?: *Sí/No*
- ¿Has asistido a la clase teórica de PBE impartida en Cuidados Básicos de Enfermería?: *Sí/No*
- ¿Has asistido a la clase práctica de PBE impartida en Cuidados Básicos de Enfermería?: *Sí/No*

Por último, para la recogida de datos final, es decir, al finalizar el periodo práctico-clínico de los alumnos en las correspondientes unidades hospitalarias, se sustituyeron las preguntas anteriores por la siguiente:

- ¿Has puesto en marcha la Práctica Basada en la Evidencia para resolver alguna duda durante el periodo de prácticas clínico que acabas de realizar?: *Sí/No*

3.2.5 Análisis de los datos

Se ha realizado un análisis descriptivo de las variables categóricas y continuas de este estudio: distribución de frecuencias, proporciones e intervalos de confianza al 95% (IC_{95%}) y para las variables categóricas la media, mediana, desviación típica, máximo y mínimo e IC_{95%} para las variables continuas.

Se realizó la comparación entre variables categóricas con el cálculo de la Ji-cuadrado o Test exacto de Fisher, en función del cumplimiento de las condiciones de aplicación. Para la comparación de las puntuaciones medias en los distintos momentos de medición (MB, MI y MF) se utilizó ANOVA de medidas repetidas con el correspondiente contraste Post Hoc para determinar qué diferencia o diferencias son significativas, y si no se cumplía la normalidad de las variables, se utilizó la prueba de Friedman. Para la comparación de puntuaciones medias antes y al final de la intervención se utilizó la prueba paramétrica T de student para datos apareados y en su defecto la prueba no paramétrica de Wilcoxon de los rangos con signo. Para la comparación de variables cuantitativas se calculó el Coeficiente de Correlación Lineal de Pearson. Para la comparación de las variables binarias antes y después de la intervención se utilizó la prueba de McNemar. Se asumió un nivel de significación bilateral de $p < 0.05$.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizaron: los programas estadísticos SPSS para Windows v20, R Commander v3.0.3 y Epidat 4.1.

3.2.6 Consideraciones éticas

Se consiguió la autorización de la Dirección del Departamento tanto para implementar la estrategia docente diseñada como para recoger datos con la intención de que la misma fuese evaluada.

Se pidió permiso a los profesores de las otras asignaturas para dirigir el aprendizaje de los alumnos durante el periodo clínico establecido.

Se solicitó permiso para publicar y hacer uso de las figuras de los modelos de la PBE Iowa y Stevens.

Además, se solicitó permiso a las autoras del instrumento conocido como CACH-PBE para la utilización del mismo, recibiendo la aprobación del mismo a fecha de 28 de enero de 2014.

Cada uno de los CACH-PBE utilizados y dirigidos a los alumnos, llevó consigo un consentimiento informado para que los alumnos aceptasen la participación en el estudio (Anexo 10). En este consentimiento se les indicó los datos de la docente responsable del estudio para que, ante cualquier duda, planteasen sus cuestiones.

La validación de expertos, aportó también en el documento una petición de colaboración de los expertos, los cuales, anteriormente se produce un primer contacto con ellos para pedir su consentimiento en la colaboración vía mail.

Para medición de la fiabilidad del “Cuaderno de seguimiento y evaluación de los Cuidados Básicos Basados en la Evidencia” se contactó con alumnado de tercer curso. Este cuaderno también se acompaña de una carta en la primera página en la que se solicita su participación, se asegura su anonimato y les aporta unas breves instrucciones de cumplimentación.

Se han respetado los principios de la Declaración de Helsinki en esta investigación.

3.2.7 Plan de trabajo

Actividad	2013					2014										
	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov
Revisión de la literatura sobre la enseñanza de la Práctica Basada en la Evidencia	■															
Revisión de la integración de la Práctica Basada en la Evidencia (PBE) en el Grado Enfermería (GE) UJI			■													
Inicio del diseño de la integración de la transversalidad de la PBE en GE UJI			■	■												
Conformación del diseño de la nueva programación de transversalidad de la PBE en GE UJI				■	■											
Conformación del diseño de la Estrategia Docente Interactiva al amparo de la literatura					■	■										
Medición Basal CACH-PBE						■	■									
Elaboración del "Cuaderno de Seguimiento y Evaluación de los Cuidados Básicos Basados en la Evidencia"						■	■	■								
Evaluación del "Cuaderno de Seguimiento y Evaluación de los Cuidados Básicos Basados en la Evidencia" por expertos						■	■	■	■							
Evaluación del "Cuaderno de Seguimiento y Evaluación de los Cuidados Básicos Basados en la Evidencia" por alumnos						■	■	■	■	■						
Revisión de la literatura sobre rúbricas en el Espacio de Educación Superior						■	■	■								
Creación de una rúbrica al amparo de la literatura						■	■	■								
Revisión de la rúbrica por panel de expertos						■	■	■	■							
Periodo teórico de las asignaturas						■	■	■	■	■						
Periodo práctico en laboratorio de las asignaturas							■	■	■	■	■					
Desarrollo de la Estrategia Docente Interactiva sobre PBE							■	■	■	■	■					
Formación de Enfermeras/os de Referencia (ER)							■	■	■	■	■					
Medición Evaluadora de la Estrategia Docente Interactiva CACH-PBE							■	■	■	■	■					
Elaboración del Dossier Organizativo y de trabajos de Cuidados Básicos en Procesos Asistenciales							■	■	■	■	■					
Difusión del Dossier Organizativo y de trabajos entre el alumnado de segundo curso							■	■	■	■	■					
Evaluación de la rúbrica por 3 evaluadores diferentes. Comprobación interobservador							■	■	■	■	■					
Periodo de prácticas clínicas tuteladas							■	■	■	■	■					
Visitas semanales y a demanda a los centros							■	■	■	■	■					
Entrega semanal del "Cuaderno de Seguimiento y Evaluación de los Cuidados Básicos Basados en la Evidencia"							■	■	■	■	■					
Entrega semanal del Diario Reflexivo (DR)							■	■	■	■	■					
Medición Integral de la Competencia de PBE mediante CACH-PBE							■	■	■	■	■					
Evaluación teórica primera y segunda convocatorias							■	■	■	■	■					
Evaluación de las practicas clínicas (ER, DR y Sistema de Registros Informatizados)							■	■	■	■	■					
Evaluación integrada teoría-práctica							■	■	■	■	■					
Recogida de información							■	■	■	■	■					
Creación de la base de datos							■	■	■	■	■					
Análisis de los datos							■	■	■	■	■					
Redacción informe final							■	■	■	■	■					
Inicio de la difusión de los resultado							■	■	■	■	■					

- La actividad abarca la primera quincena del mes
- La actividad abarca la segunda quincena del mes
- La actividad abarca todo el mes

4 Resultados

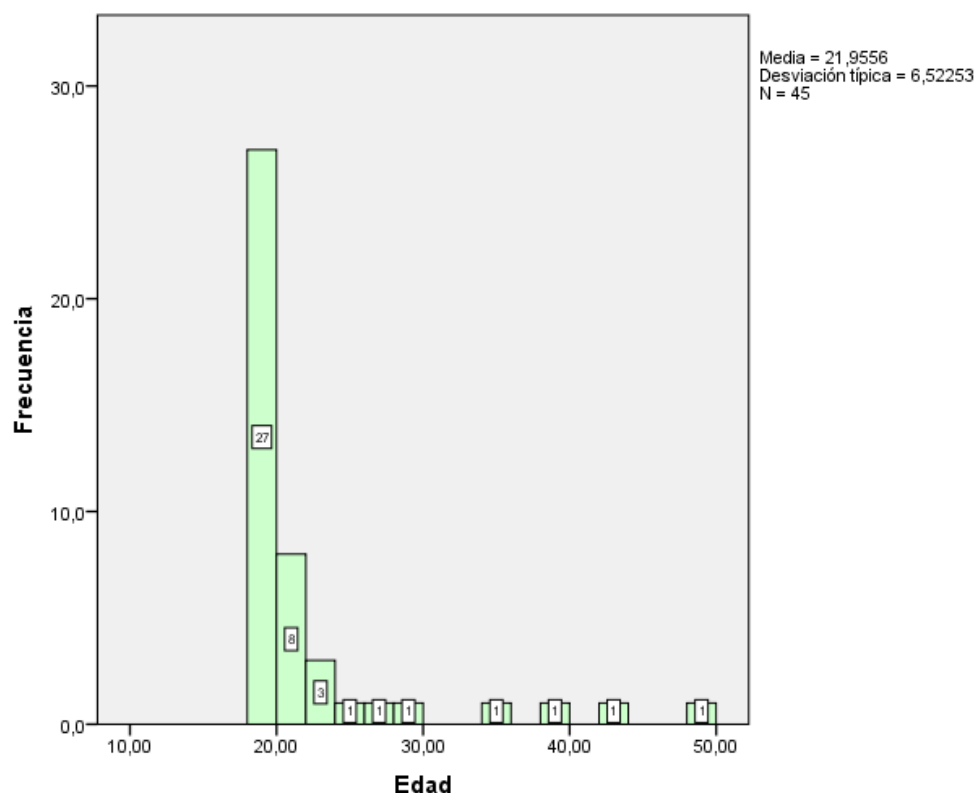
4.1 Análisis sociodemográfico de la muestra

El total de alumnos participante fue de 45, de ellos, el 77,8% (n=35) pertenecen al sexo femenino (Tabla 8). Presentaron una edad media de 21,95 años (Desviación típica; DT: $\pm 6,52$ años), con un mínimo de 19 años y un máximo de 48 años. En el gráfico 1 se presenta la distribución por edad.

Tabla 8. Datos sociodemográficos. Sexo.

	n	%	% acumulado
Hombre	10	22,2	22,2
Mujer	35	77,8	100,0
Total	45	100,0	

Gráfico 1. Distribución de la muestra por Edad

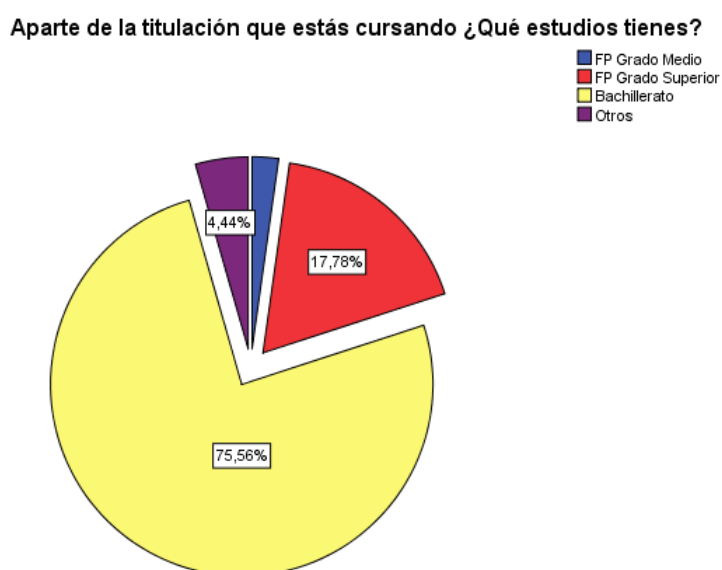


En cuanto a la frecuencia de otros estudios previos de los alumnos participantes se observa que un 20% (n=9) de ellos tienen algún título relacionado con la oferta formativa perteneciente a la Formación Profesional y el 75,6% (n=34) posee el título de Bachillerato. (Tabla 9 y Gráfico 2).

Tabla 9. Grado de estudios de la muestra.

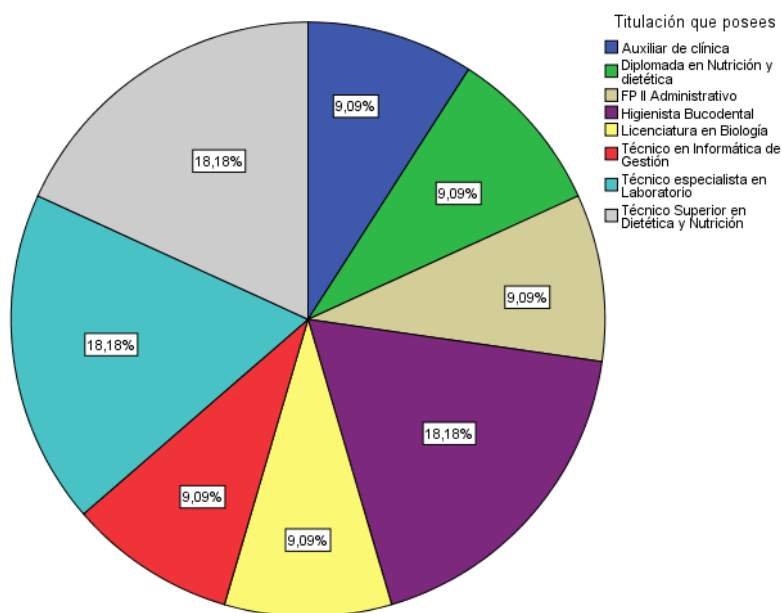
	n	%	% acumulado
FP Grado Medio	1	2,2	2,2
FP Grado Superior	8	17,8	20,0
Bachillerato	34	75,6	95,6
Otros	2	4,4	100,0
Total	45	100,0	

Gráfico 2. Distribución de la muestra por el Grado de estudios que posee.



Tanto las personas que han respondido que poseen otro título como las que han respondido que tienen un título de Formación Profesional, se les ha preguntado acerca de qué título se posee de forma exacta. Se obtiene a través de esta pregunta que los títulos son principalmente de Técnico Superior en Dietética y Nutrición (n=2), Higienista Bucodental (n=2) y Laboratorio de Diagnóstico Clínico (n=2), seguidos del Grado Medio en Auxiliar de Clínica (n=1), Informática de Gestión (n=1), Administrativo (n=1) y; además de Diplomatura de Nutrición y Dietética (n=1) y Licenciatura en Biología (n=1). La distribución en porcentajes se puede ver en el Gráfico 3.

Gráfico 3. Otras titulaciones.



A los datos sociodemográficos de esta muestra, se añadieron unas preguntas relativas a la relación laboral que este grupo de personas tenían o pudiesen haber tenido con el Sistema Sanitario. De esta forma, se obtiene que un 86,7% (n=39) de la muestra nunca ha trabajado en el sistema sanitario anteriormente. Del 13,3% (n=6) que respondieron afirmativamente a la pregunta planteada, se indaga acerca del tiempo de experiencia que se tiene en dicho Sistema Sanitario y el puesto ocupado durante este tiempo de experiencia. Las respuestas obtenidas aportan que 5 personas, es decir el 10,4% del total de la muestra, tienen menos de 1 año de experiencia mientras que 1 persona (el 2,2% de la muestra) tiene una experiencia de entre 2 y 5 años. Por otro lado, los puestos ocupados por estas personas han sido Auxiliar de Enfermería (n=4) y Dietista (n=2).

Un 81,8% (n=37) de la muestra ha respondido afirmativamente a que posee algún nivel de idioma acreditado. De este 81,8%, un 48,9% (n=22) posee algún nivel acreditado de Valenciano, un 57,8% (n=26) un nivel acreditado de Inglés y un 13,3% (n=6) un nivel acreditado de Francés (Tabla 10). En la Tabla 11 se muestran los resultados por nivel de idioma en cada uno de los idiomas nombrados anteriormente.

Tabla 10. Distribución de la muestra por acreditación idiomática

	Sí		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Valenciano	22	48,9	23	51,1	45	100,0
Inglés	26	57,8	19	42,2	45	100,0
Francés	6	13,3	39	86,7	45	100,0

Tabla 11. Distribución de la muestra por nivel de acreditación idiomática

	Valenciano		Inglés		Francés	
	n	%	n	%	n	%
A1	1	4,5	2	7,7	-	-
A2	6	27,3	14	53,8	6	100
B1	7	31,8	4	15,4	-	-
B2	4	18,2	5	19,2	-	-
C1	4	18,2	1	3,8	-	-

4.2 Objetivo principal. Estudiar el resultado de la aplicación de una estrategia docente interactiva de aprendizaje de Práctica Basada en la Evidencia (PBE) para la adquisición de las actitudes, conocimientos y habilidades relacionados con la PBE a través de la asignatura de “Cuidados Básicos de Enfermería” en alumnos de segundo curso del Grado en Enfermería al finalizar el periodo teórico-práctico-clínico.

4.2.1 Puntuación total CACH-PBE

Se recogieron un total de 34 cuestionarios en la Medición Basal (MB), 44 en la Medición Intermedia (MI) y 41 en la Medición Final (MF). Los estadísticos descriptivos obtenidos sobre la puntuación total del cuestionario CACH-PBE fueron: para la Medición Basal un mínimo de 69 puntos y un máximo de 90, con una media de 79,17 ($DT \pm 5,39$), para la Medición Intermedia un mínimo de 66 puntos y un máximo de 94 puntos, con una puntuación de 83,34 ($DT \pm 6,34$) y para la Medición Final una puntuación mínima de 65 y máxima de 96 con una media de 82,76 ($DT \pm 8,09$) (Tabla 11).

Los contrastes Post Hoc para determinar qué diferencia o diferencias son significativas a través de ANOVA para medidas repetidas, indican que existen diferencias estadísticamente significativas entre la Medición Basal y la Medición Intermedia (p -valor $< 0,001$) y la Medición Basal y la Medición Final (p -valor $= 0,015$). Entre Intermedia y la Final no existen diferencias estadísticamente significativas (Tabla 12 y Gráfico 4).

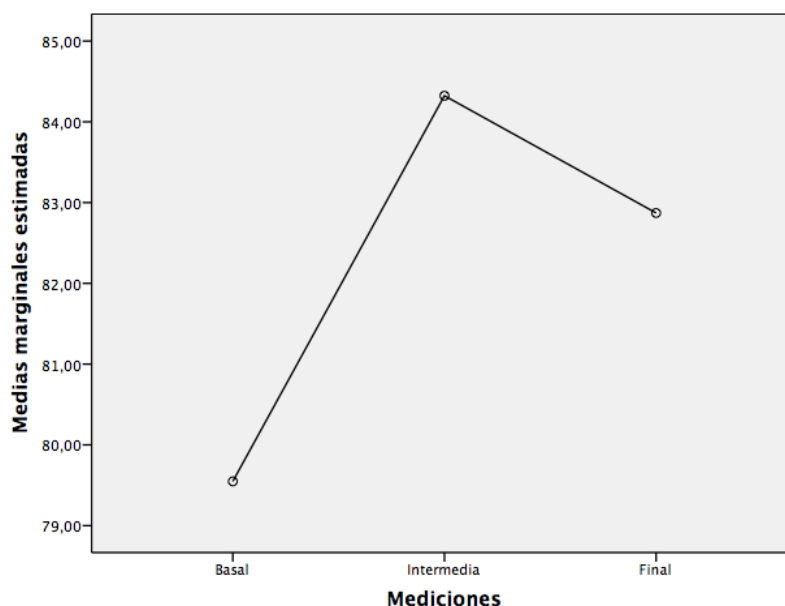
Tabla 12. Comparación de medias de la puntuación total del CACH-PBE

	Media (DT)	IC _{95%}	Comparación	Diferencia medias	p-valor
Medición Basal	79,55 (5,23)	77,63-81,47	MB vs MI	4,774	<0,001
Medición Intermedia	84,32 (6,34)	81,99-86,65	MB vs MF	3,323	0,015
Medición Final	82,87 (7,35)	80,17-85,56	MI vs MF	-1,452	0,603

MB: medición basal; MI: medición intermedia; MF: Medición final;

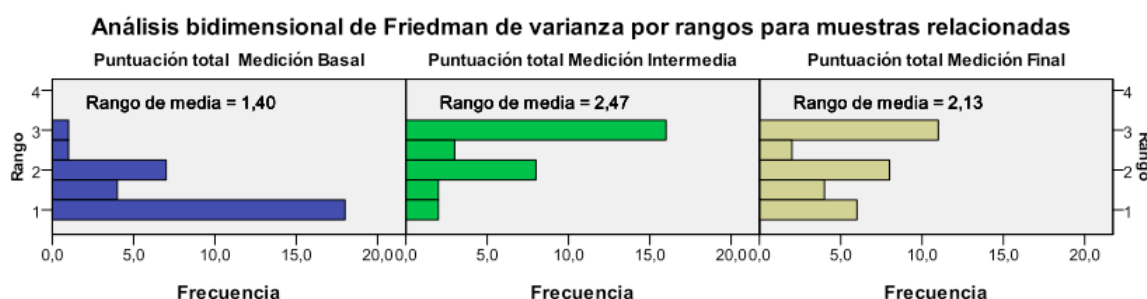
DT: desviación típica; IC_{95%}: Intervalo de Confianza al 95%; $n=31$

Gráfico 4. Comparación de medias sobre la puntuación total del CACH-PBE.



La comparación de varianzas a través del test de Friedman aporta una diferencia estadísticamente significativa entre las tres mediciones ($p < 0,001$) (Gráfico 5).

Gráfico 5. Comparación de varianzas sobre la puntuación total del CACH-PBE.



4.2.2 Puntuación por dimensiones CACH-PBE

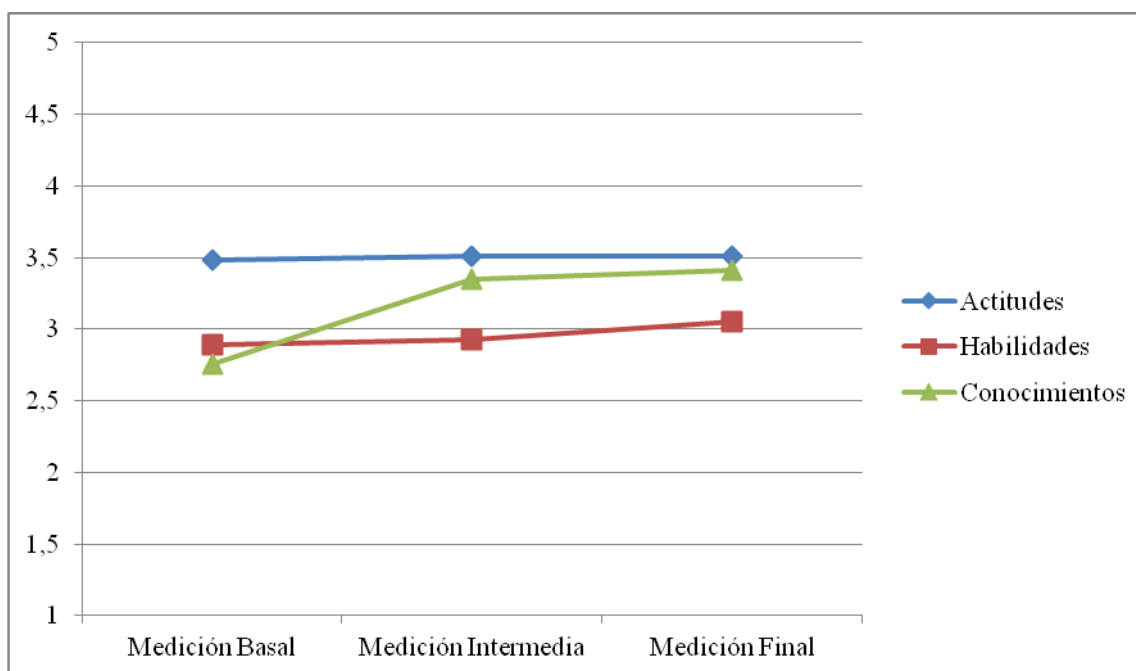
Los resultados obtenidos por dimensiones aportan que para la dimensión de Actitudes en la Medición Basal obtiene una puntuación media de 2,77 ($DT \pm 0,31$), y para la Medición Intermedia y para la Medición Final se obtienen una media de 3,51 ($DT \pm 0,36$). En cuanto a la dimensión de Habilidades, en la MB, se observa una media de 2,89 ($DT \pm 0,35$), en la MI una media de 2,93 ($DT \pm 0,32$). En cuanto a la MF, se obtiene una media de 3,05 ($DT \pm 0,42$) puntos. Por último, la dimensión de Conocimientos, la

puntuación media fue de 2,76 (DT±0,45), 3,35 (DT±0,42) y 3,41 (DT±0,46) puntos en la MB, MI y MF respectivamente (Tabla 13 y Gráfico 6)

Tabla 13. Estadísticos descriptivos por dimensiones: Actitudes, Habilidades y Conocimientos

		n	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Actitudes	Medición Basal	36	2,77	4,08	3,48	0,31
	Medición Intermedia	45	2,23	4,00	3,51	0,36
	Medición Final	45	2,25	4,00	3,51	0,36
Habilidades	Medición Basal	37	2,33	4,17	2,89	0,35
	Medición Intermedia	44	2,50	4,33	2,93	0,32
	Medición Final	44	2,17	4,17	3,05	0,42
Conocimientos	Medición Basal	35	1,17	3,33	2,76	0,45
	Medición Intermedia	45	2,00	4,17	3,35	0,42
	Medición Final	43	2,33	4,67	3,41	0,46

Gráfico 6. Medias por dimensiones: Actitudes, Habilidades y Conocimientos



La comparación de la varianza a través de Friedman aporta que no existen diferencias estadísticamente significativas para la dimensión Actitudes ($p=0,469$) ni para la dimensión Habilidades ($p=0,303$), en cambio, para la dimensión Conocimientos sí se obtiene una diferencia estadísticamente significativa ($p<0,001$). El análisis de esta

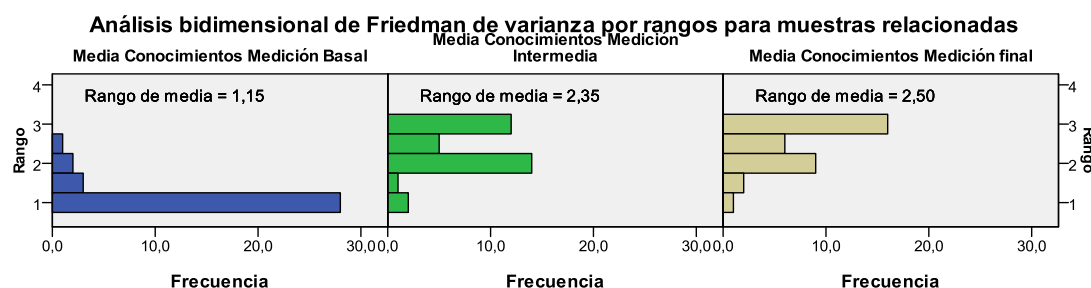
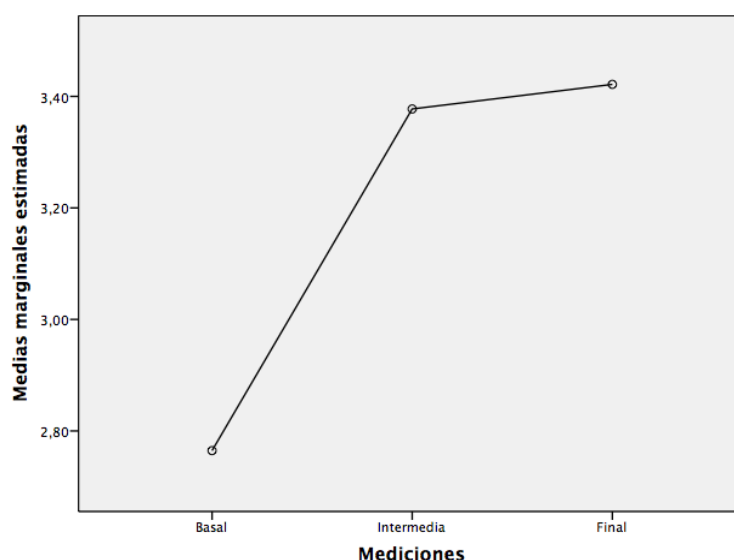
dimensión a través de la comparación de medias mediante el test de ANOVA de medidas repetidas, revela una diferencia estadísticamente significativa entre la Medición Basal y la Medición Intermedia y entre la Medición Basal y la Medición Final, con un p-valor $<0,001$ (Tabla 14 y Gráfico 7).

Tabla 14. Comparación de medias en la dimensión Conocimientos

	Media (DT)	Comparación	Diferencia de medias	p-valor
Medición Basal	2,76 (0,46)	MB vs MI	0,613	$<0,001$
Medición Intermedia	3,38 (0,39)	MB vs MF	0,657	$<0,001$
Medición Final	3,42 (0,40)	MI vs MF	0,044	1,000

MB: medición basal; MI: medición intermedia; MF: Medición final; DT: desviación típica; n=34

Gráfico 7. Comparación puntuaciones medias de la dimensión “Conocimientos”



4.2.3 Puntuación por ítems CACH-PBE

Dimensión Actitudes

En la Tabla 15 se muestran los estadísticos descriptivos para los ítems pertenecientes a la dimensión Actitudes. Destacando, que existe una media superior a 4 puntos en los ítems 1, 5 y 7 en las tres mediciones realizadas. En la comparación de las varianzas para estos ítems se observa una diferencia estadísticamente significativa en las mediciones en el ítem 11 ($p < 0,005$), pudiendo considerar casi significativa la comparación realizada sobre el ítem 12.

Tabla 15. Estadísticos descriptivos por ítems. Actitudes.

		n	Mín.	Máx.	Media	DT	p-valor*
1. La PBE ayuda en la toma de decisiones en la práctica clínica	MB	37	3	5	4,30	0,740	0,178
	MI	45	3	5	4,44	0,624	
	MF	44	2	5	4,18	0,657	
2. Confío en poder evaluar críticamente la calidad de un artículo científico	MB	37	2	5	3,78	0,917	0,525
	MI	45	2	5	3,78	0,795	
	MF	45	1	5	3,67	0,953	
3. La aplicación de la PBE permitirá definir mejor el rol enfermero	MB	37	3	5	4,16	0,764	0,325
	MI	45	2	5	4,11	0,804	
	MF	43	2	5	3,98	0,831	
4. El contrato de enfermería debería incluir tiempo para la lectura y valoración de la literatura	MB	37	3	5	3,62	0,893	0,558
	MI	45	1	5	3,80	0,968	
	MF	45	2	5	3,67	0,853	
5. La aplicación mayoritaria de la PBE permitirá aumentar la autonomía respecto a otras profesiones	MB	37	3	5	4,16	0,800	0,842
	MI	45	2	5	4,07	0,837	
	MF	45	3	5	4,18	0,614	
6. Me agradaría mucho que cuando trabaje como enfermera se esté aplicando la PBE	MB	37	2	5	3,81	0,701	0,081
	MI	45	1	5	4,00	0,953	
	MF	45	1	5	3,87	0,944	
7. La práctica de la PBE mejora el cuidado del paciente	MB	37	3	5	4,11	0,737	0,448
	MI	45	3	5	4,24	0,645	
	MF	45	2	5	4,22	0,765	
8. Desearía poder contribuir a la aplicación de la PBE en un futuro	MB	36	1	5	3,78	0,929	0,251
	MI	45	1	5	3,76	1,151	
	MF	45	1	5	3,44	1,198	
9. La lectura de artículos científicos no me interesa#	MB	37	1	5	2,14	1,058	0,802
	MI	45	1	5	2,13	0,991	
	MF	45	1	5	2,22	1,064	
10. Los cambios que experimentarán los cuidados con la aplicación de la PBE serán mínimos#	MB	37	1	4	2,14	0,751	0,358
	MI	45	1	4	1,98	0,892	
	MF	45	1	4	1,98	0,941	
11. Me alegra que la PBE sea sólo una corriente teórica que no se pone en práctica#	MB	37	1	5	2,05	0,941	<0,005
	MI	45	1	4	1,82	0,777	
	MF	45	1	4	1,84	0,903	
12. Si tuviera oportunidad realizaría un curso de PBE	MB	37	2	5	3,62	0,861	0,064
	MI	45	1	5	3,44	0,918	
	MF	45	1	5	3,11	1,133	
13. Me gustaría tener mejor acceso a las evidencias científicas publicadas sobre enfermería	MB	37	2	5	3,84	0,834	0,157
	MI	45	1	5	4,04	0,767	
	MF	45	1	5	3,91	0,949	

DT: desviación típica. * Análisis de la Varianza con el test de Friedman. # Los ítems están redactados en sentido inverso.

Dimensión Habilidades

En lo relativo a los ítems pertenecientes a la dimensión de Habilidades, en la Tabla 16 se muestran los estadísticos descriptivos de los mismos. En cuanto a la comparación de la varianza se observa que a excepción del ítem “No me siento capaz de buscar la información científica acerca del tema en los repertorios bibliográficos más importantes” ($p=0,178$), en todos los ítems de esta dimensión existe una diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 16. Estadísticos descriptivos por ítems. Habilidades.

		n	Mín.	Máx.	Media	DT	p-valor*
1. Me siento capaz de plantear una pregunta clínica para iniciar la búsqueda de la mejor evidencia científica	MB	37	1	5	3,27	0,902	<0,001
	MI	45	2	5	3,89	0,647	
	MF	45	2	5	3,98	0,839	
2. No me siento capaz de realizar búsquedas de evidencia científica en las principales bases de datos de ciencias biosanitarias#	MB	37	1	5	2,65	1,086	<0,005
	MI	45	1	5	2,13	0,894	
	MF	45	1	5	2,33	1,148	
3. No me siento capaz de buscar información científica acerca del tema en los repertorios bibliográficos más importantes#	MB	37	1	4	2,49	1,017	0,178
	MI	45	1	5	2,31	0,925	
	MF	45	1	4	2,31	0,949	
4. Me siento capaz de evaluar la calidad de un artículo científico	MB	37	1	5	2,78	0,821	<0,001
	MI	45	1	5	3,31	0,925	
	MF	45	1	5	3,38	0,960	
5. No me siento capaz de analizar si los resultados obtenidos en un estudio científico son válidos#	MB	37	2	4	3,03	0,763	<0,001
	MI	45	1	4	2,44	0,867	
	MF	44	1	4	2,61	0,970	
6. Me siento capaz de analizar la utilidad práctica de un estudio científico	MB	37	2	4	3,16	0,800	<0,005
	MI	44	2	5	3,52	0,698	
	MF	44	2	5	3,66	0,834	

DT: desviación típica. * Análisis de la Varianza con el test de Friedman. # Los ítems están redactados en sentido inverso.

Dimensión Conocimientos

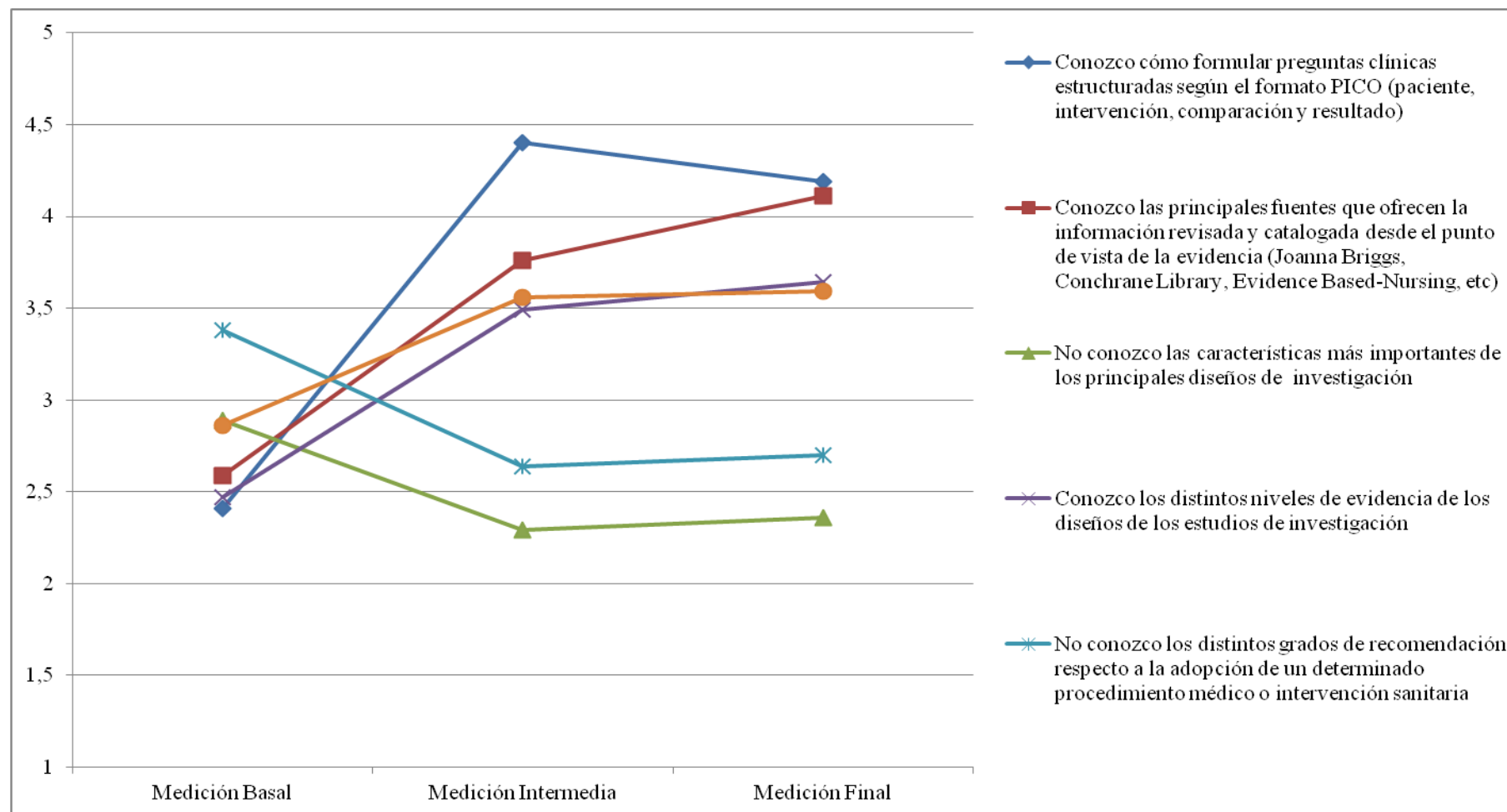
Los resultados de los estadísticos descriptivos pertenecientes a los ítems de la dimensión de Conocimientos se exponen en la Tabla 17. Es de destacar que en el ítem número 1 la media obtenida en la MB es de 2,41 (DT±0,985), aumentando en las siguientes mediciones por encima de los 4 puntos. En el ítem 2 se observa un aumento progresivo de los conocimientos: media de la MB 2,59 (DT±1,092), media de la MI 3,76 (DT±0,957) y media de la MF 4,11 (DT±0,920). En cuanto a la comparación de las varianzas, todos los ítems de la dimensión Conocimientos muestran diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes mediciones (Tabla 17 y Gráfico 8).

Tabla 17. Estadísticos descriptivos por ítems. Conocimientos

		n	Mín.	Máx.	Media	DT	p-valor*
1. Conozco cómo formular preguntas clínicas estructuradas según el formato PICO (paciente, intervención, comparación y resultado)	MB	37	1	5	2,41	0,985	<0,001
	MI	45	2	5	4,40	0,720	
	MF	43	1	5	4,19	0,794	
2. Conozco las principales fuentes que ofrecen la información revisada y catalogada desde el punto de vista de la evidencia (Joanna Briggs, Conchrane Library, Evidence Based-Nursing, etc)	MB	37	1	5	2,59	1,092	<0,001
	MI	45	1	5	3,76	0,957	
	MF	44	2	5	4,11	0,920	
3. No conozco las características más importantes de los principales diseños de investigación#	MB	36	1	5	2,89	1,090	<0,001
	MI	45	1	4	2,29	0,843	
	MF	44	1	5	2,36	1,143	
4. Conozco los distintos niveles de evidencia de los diseños de los estudios de investigación	MB	36	1	4	2,47	1,055	<0,001
	MI	45	1	5	3,49	0,991	
	MF	44	1	5	3,64	1,014	
5. No conozco los distintos grados de recomendación respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria#	MB	37	1	5	3,38	0,924	<0,001
	MI	45	1	4	2,64	0,743	
	MF	44	1	5	2,70	1,002	
6. Conozco las principales medidas de asociación (RR, OR, etc...) y medidas de impacto potencial (NNT, NND, diferencia de riesgos, reducción del riesgo relativo, etc...) que permiten evaluar la magnitud del efecto analizado en los estudios de investigación	MB	37	1	5	2,86	1,058	<0,001
	MI	45	1	5	3,56	1,139	
	MF	44	1	5	3,59	1,064	

DT: desviación típica. * Análisis de la Varianza con el test de Friedman. # Los ítems están redactados en sentido inverso.

Gráfico 8. Puntuaciones medias de los ítems pertenecientes a la dimensión Conocimientos.



4.2.4 Cuestiones genéricas sobre la PBE

En cuanto a los ítems sobre valoración genérica de la PBE se exponen en la Tabla 18 los estadísticos descriptivos así como el análisis de la diferencia de medias entre cada uno de los ítems antes y después de la estrategia docente. Se extrae de estos resultados que no existen diferencias estadísticamente significativas en los ítems, a excepción de las siguientes variables: (2)“¿Cómo describirías, en general, el nivel de conocimientos teóricos que tienes sobre EBE?”; (3)¿Cómo describirías, en general, el nivel de habilidades prácticas que tienes para la aplicación de la EBE?”; y, (6)“¿Cómo calificarías globalmente tu nivel de conocimientos de inglés?”, en los cuales el p-valor (bilateral) aporta un resultado inferior a 0,05. Estos cambios pueden observarse en el gráfico 9.

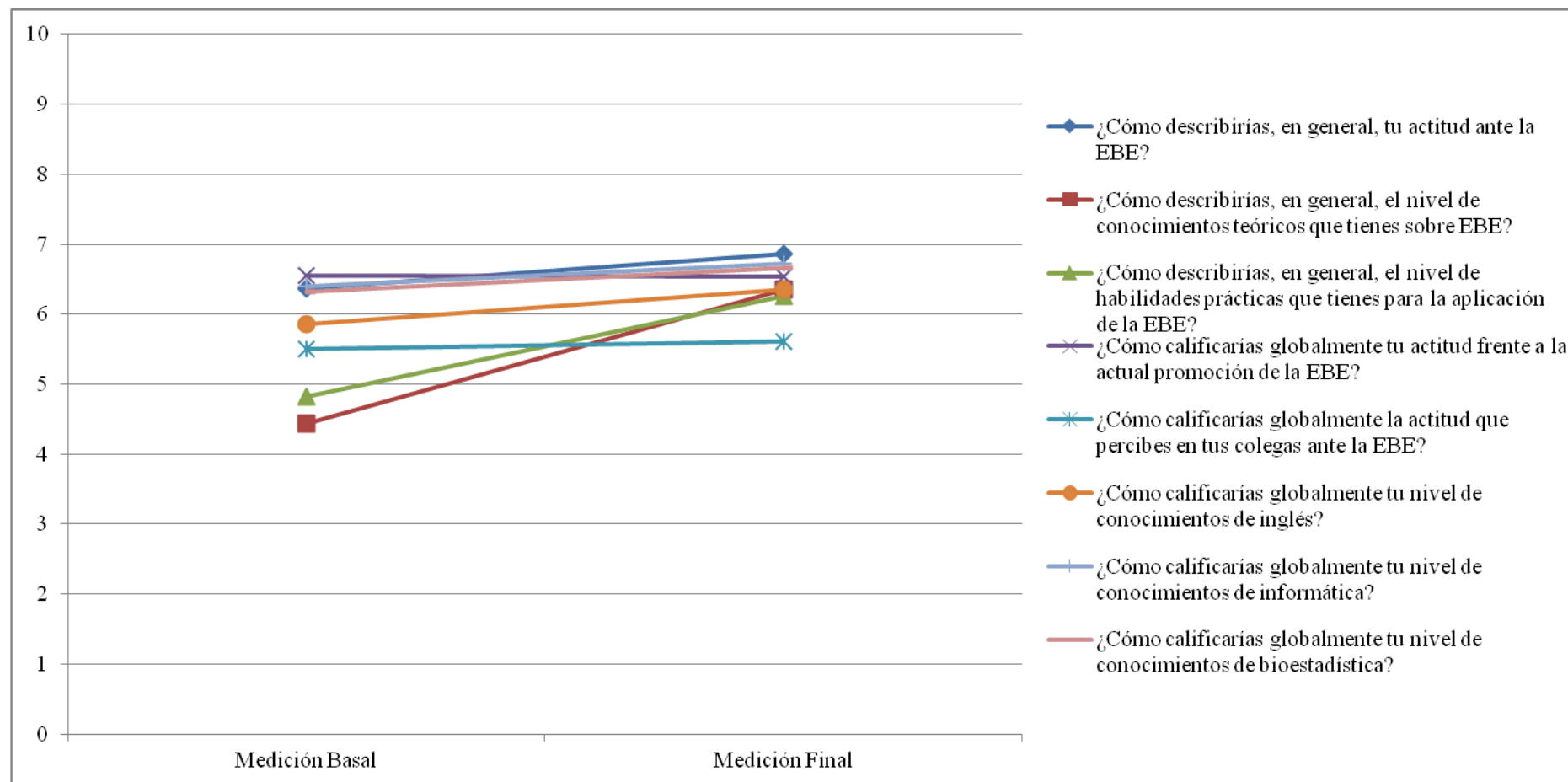
Tabla 18. Descriptivos y comparación de las puntuaciones de los ítems de valoración genérica de la PBE

		Media (DT)	Md	p-valor#
1. ¿Cómo describirías, en general, tu actitud ante la EBE?	MB	6,38 (1,89)	7	0,126
	MF	6,89 (1,68)	7	
2. ¿Cómo describirías, en general, el nivel de conocimientos teóricos que tienes sobre EBE?	MB	4,43 (1,89)	4	<0,001
	MF	6,43 (1,63)	6	
3. ¿Cómo describirías, en general, el nivel de habilidades prácticas que tienes para la aplicación de la EBE?	MB	4,84 (1,68)	5	<0,001
	MF	6,57 (1,42)	6,5	
4. ¿Cómo calificarías globalmente tu actitud frente a la actual promoción de la EBE?	MB	6,57 (2,05)	7	0,818
	MF	6,65 (1,58)	7	
5. ¿Cómo calificarías globalmente la actitud que percibes en tus colegas ante la EBE?*	MB	5,53 (2,09)	5	0,452
	MF	5,83 (1,98)	6	
6. ¿Cómo calificarías globalmente tu nivel de conocimientos de inglés?	MB	5,86 (2,34)	6	0,022
	MF	6,46 (2,21)	7	
7. ¿Cómo calificarías globalmente tu nivel de conocimientos de informática?	MB	6,41 (2,17)	6	0,485
	MF	6,60 (2,02)	7	
8. ¿Cómo calificarías globalmente tu nivel de conocimientos de bioestadística?	MB	6,32 (2,25)	7	0,065
	MF	6,81 (2,01)	7	

MB: Medición Basal; MF: Medición Final; DT: desviación típica; Md: mediana; n=37 salvo en el ítem *con n=36.

T de student para muestras apareadas.

Gráfico 9. Medias de la valoración genérica de la PBE



En la Medición Basal realizada antes de iniciar la estrategia docente, se le preguntó a la muestra si conocía la definición de la Práctica Basada en la Evidencia (PBE), un 73% (n=33) de la población respondió de forma afirmativa. Esta misma pregunta se realizó en la medición perteneciente a la Medición Intermedia, obteniendo, en este caso, que la definición de la PBE la conocían un notable 97,8% (n=44) de la muestra, existiendo diferencias estadísticamente significativas ($p=0,002$).

Se preguntó también si habían asistido a la clase teórica que se impartió de PBE en la asignatura de Cuidados Básicos de Enfermería, respondiendo un 86,7% (n=39) de forma afirmativa. Así, pues, también se les preguntó si habían asistido a la clase práctica de PBE impartida en la asignatura ya nombrada, obteniendo un porcentaje del 100% (n=45) de asistencia en este caso.

Por último, en la Medición Final, se le preguntó al alumnado si habían hecho uso de la PBE para resolver alguna duda surgida durante el periodo de prácticas clínicas cursado. En este caso, un 95,5% (n=43) de la muestra respondió que sí que habían puesto en marcha la PBE para resolver alguna duda

4.3 Objetivo secundario. Determinar la validez y fiabilidad de los instrumentos creados ad hoc para la evaluación de la estrategia docente interactiva

4.3.1 Rúbrica de Cuidados Básicos de Enfermería

Tras la corrección del primer diario reflexivo aportado por el alumnado por tres profesores distintos ($n=93$), se observa que para cada uno de los criterios de este instrumento la puntuación mínima establecida es de 2,5 puntos, siendo la máxima de 10 puntos. De esta forma, se obtienen que el nivel catalogado como “El Diario Reflexivo refleja el cuidado básico llevado a cabo la semana correspondiente” es el que aporta una media mayor, con un valor de 8,60 ($DE\pm 2,06$). El nivel que se titula “El Diario Reflexivo refleja los nuevos aprendizajes relacionado con el cuidado básico de la semana” presenta una media de 6,10 ($DE\pm 2,91$). El siguiente nivel versa sobre el sentimiento del alumno al encontrarse con un incidente crítico, la resolución del mismo y su capacidad de salir restablecido; este nivel, aporta una media de 4,81 y una desviación de $\pm 3,02$. “Al detectar un incidente crítico se busca la mejor respuesta para resolverlo” obtiene una media aritmética de corrección de 4,83 ($DE\pm 2,67$). El siguiente nivel es “Ante una duda de contenido se realiza una búsqueda bibliográfica”, tras la primera corrección de los diarios, este nivel obtiene una media de 4,54 ($DE\pm 2,75$). Por último, se establece el nivel de “Se realizan preguntas y las intenta resolver mediante PBE”; este nivel obtiene una media de puntuación de 4,16 ($DE\pm 2,5$).

La validez interna del instrumento comprobada a través de α de Cronbach y el Coeficiente de correlación de Spearman aportan que la rúbrica tiene una fiabilidad elevada, con un Alfa de Cronbach de 0,796. Asimismo, se analiza si eliminando algún elemento de la escala esta fiabilidad aumenta observando que Alfa de Cronbach sólo aumenta en caso de que se elimine el nivel que corresponde a “El Diario Reflexivo refleja el cuidado básico llevado a cabo la semana correspondiente”; teniendo presente que la mejora del resultado es de un 0,006, por lo tanto, se desestima la eliminación del criterio propuesto por los cálculos estadísticos (Tabla 19).

Tabla 19. Fiabilidad interna del instrumento si se elimina algún elemento.

Criterio	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. El DR ¹ refleja el cuidado básico llevado a cabo la semana correspondiente	0,802
2. El DR ¹ refleja los nuevos aprendizajes relacionados con el cuidado básico de la semana	0,753
3. El DR ¹ aporta cómo se siente el alumno ante un incidente crítico	0,793
4. Al detectar un incidente crítico se busca la mejor respuesta para resolverlo	0,720
5. Ante una duda de contenido se realiza una búsqueda bibliográfica	0,743
6. Se realizan preguntas y las intenta resolver mediante PBE ²	0,767

¹DR: Diario Reflexivo; ²PBE: Práctica Basada en la Evidencia

Los resultados del Coeficiente de Correlación de Spearman confirman que tras la primera corrección de los diarios reflexivos por tres correctores diferentes, existe correlación en cada uno de los niveles de corrección (p-valor <0,05) a excepción de la relación entre las variables “El DR refleja el cuidado básico llevado a cabo la semana correspondiente” y “Se realizan preguntas y las intenta resolver mediante PBE” que aporta un p-valor de 0,057 (Tabla 20). Es de destacar el resultado aportado por el Coeficiente de Correlación entre las variables “Ante una duda de contenido se realiza una búsqueda bibliográfica” y “Se realizan preguntas y las intenta resolver mediante PBE” con un coeficiente de correlación del 82,1%; “Al detectar un Incidente Crítico se busca la mejor respuesta para resolverlo” y “Ante una duda de contenido se realiza una búsqueda bibliográfica” con un coeficiente de correlación del 73,7%; “Al detectar un Incidente Crítico se busca la mejor respuesta para resolverlo” y “Se realizan preguntas y las intenta resolver mediante PBE” con un coeficiente de correlación del 60,7%; y, “El Diario Reflexivo refleja los nuevos aprendizajes relacionados con el cuidado básico de la semana” y “Al detectar un Incidente Crítico se busca la mejor respuesta para resolverlo” con un coeficiente de correlación del 54,1%.

Tabla 20. Correlaciones entre los criterios de la rúbrica. Consistencia interna del instrumento.

Rho de Spearman		El DR refleja el cuidado básico llevado a cabo la semana correspondiente	El DR refleja los nuevos aprendizajes r/c el cuidado básico de la semana	El DR aporta cómo se siente el alumno ante un IC	Al detectar un IC se busca la mejor respuesta para resolverlo	Ante una duda de contenido se realiza una búsqueda bibliográfica	Se realizan preguntas y las intenta resolver mediante PBE
El DR refleja el cuidado básico llevado a cabo la semana correspondiente	Coef corr		0,454**	0,240*	0,247*	0,251*	0,198
	p-valor		<0,001	0,021	0,017	0,015	0,057
El DR refleja los nuevos aprendizajes r/c el cuidado básico de la semana	Coef corr	0,454**		0,473**	0,541**	0,409**	0,331**
	p-valor	<0,001		<0,001	<0,001	<0,001	0,001
El DR aporta cómo se siente el alumno ante un IC	Coef corr	0,240*	0,473**		0,430**	0,229*	0,212*
	p-valor	0,021	<0,001		<0,001	0,027	0,041
Al detectar un IC se busca la mejor respuesta para resolverlo	Coef corr	0,247*	0,541**	0,430**		0,737**	0,607**
	p-valor	0,017	<0,001	<0,001		<0,001	<0,001
Ante una duda de contenido se realiza una búsqueda bibliográfica	Coef corr	0,251*	0,409**	0,229*	0,737**		0,821**
	p-valor	0,015	<0,001	0,027	<0,001		<0,001
Se realizan preguntas y las intenta resolver mediante PBE	Coef corr	0,198	0,331**	0,212*	0,607**	0,821**	
	p-valor	0,057	0,001	0,041	<0,001	<0,001	

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral); * La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral). DR: Diario Reflexivo; IC: Incidente Crítico; PBE: Práctica Basada en la Evidencia

4.3.1.1 Validez de Contenido de la Rúbrica

Para realizar la validez de contenido de este instrumento participaron un total de 11 expertos. Así, para el Criterio 1, determinado como “El DR refleja el cuidado básico llevado a cabo la semana correspondiente” se observa un I-CVI de 1 para cada uno de los niveles de evaluación establecidos, excepto para el nivel de “El estudiante describe la semana en la que se encuentra, indica el cuidado básico que se revisa esa misma semana e incluye una descripción breve del mismo”, que se obtiene un I-CVI 0,82, considerándose aceptable. Los Coeficientes de Kappa Modificado, obtienen un valor en cada uno de los ítems superior a 0,74, considerándose como Excelentes cada uno de los niveles de valoración para el Criterio 1. Estos resultados pueden observarse en la Tabla 21.

El Criterio 2, en el que se valora “El DR refleja los nuevos aprendizajes relacionados con el cuidado básico de la semana” obtiene un I-CVI de 1 para cada uno de los niveles de evaluación establecido, excepto para el nivel de “El estudiante refiere algún nuevo aprendizaje relacionado con el cuidado básico de la semana” y “El estudiante describe qué nuevos aprendizajes le han supuesto en el cuidado básico pertinente a la semana”. En el caso de los niveles de evaluación expuesto el I-CVI es de 0,91; aun así, el resultado que aporta el Coeficiente de Kappa Modificado es superior a 0,74 en todos los niveles de evaluación (Tabla 22).

El Criterio 3 evalúa si “El DR aporta cómo se siente el alumno ante un incidente crítico”. En este criterio se obtiene un I-CVI de 0,91 para cada uno de los niveles de evaluación establecidos, a excepción del nivel “El estudiante no refiere ningún sentimiento durante el aprendizaje en situaciones imprevistas con los cuidados básicos” que los expertos valoran un poco de forma inferior (Tabla 23). Siendo el Coeficiente de Kappa Modificado de 0,91 para todos los niveles, a excepción del nivel anteriormente nombrado que se establece en 0,82, considerándose Excelente en todos los casos.

En la Tabla 24 se muestran los resultados pertenecientes al Criterio 4 “Al detectar un incidente crítico se busca la mejor respuesta para resolverlo”, se establece un I-CVI de cada uno de los ítems de 1, exceptuando “Ante un incidente crítico el estudiante nombra la que cree que es la mejor opción para resolver el incidente crítico” que los expertos

valoran en 0,91. El Coeficiente de Kappa Modificado aporta un resultado de Excelente para cada uno de los niveles de evaluación.

El Criterio 5 plantea si “Ante una duda de contenido se realiza una búsqueda bibliográfica”. Para este criterio, los niveles de evaluación son valorados por los expertos, obteniéndose un I-CVI de cada uno de los niveles de 1; teniendo en cuenta que la I-CVI del criterio es de 0,91 (Tabla 25). El Coeficiente de Kappa Modificado, como en los casos anteriores, reporta un resultado de Excelente para cada uno de los niveles, dado que todos superan el 0,74.

Por último, el Criterio 6 aborda si en el Diario Reflexivo los alumnos “Se realizan preguntas y las intenta resolver mediante PBE”. Este criterio es valorado de forma general con un I-CVI 0,91 y en el nivel de evaluación “El estudiante no refiere ningún interés por la PBE” se obtiene el mismo resultado; el resto de I-CVI obtienen una valoración de 1. El Coeficiente de Kappa Modificado aporta un resultado de Excelente para cada uno de los niveles de evaluación. Los resultados para este criterio pueden observarse en la Tabla 26.

Tabla 21. Validez de Contenido por panel de expertos del Criterio 1 de la rúbrica y sus niveles de evaluación.

		I-CVI	Pc	k	Valoración
	Criterio 1. El DR refleja el cuidado básico llevado a cabo la semana correspondiente	1	<0,001	1	Excelente
Niveles de Evaluación	El estudiante no indica ni la semana, ni el cuidado básico que se ha reforzado dicha semana.	1	<0,001	1	Excelente
	El estudiante nombra la semana en la que se encuentra o el cuidado básico que se revisa dicha semana.	1	<0,001	1	Excelente
	El estudiante nombra la semana en la que se encuentra e indica el cuidado básico que se revisa esa misma semana.	1	<0,001	1	Excelente
	El estudiante describe la semana en la que se encuentra, indica el cuidado básico que se revisa esa misma semana e incluye una descripción breve del mismo.	0,82	0,027	0,82	Excelente

I-CVI: Validez de contenido de los ítems; Pc: Probabilidad de que la concordancia sea debida al azar; k: Coeficiente de Kappa modificado.

Tabla 22. Validez de Contenido por panel de expertos del Criterio 2 de la rúbrica y sus niveles de evaluación.

		I-CVI	Pc	k	Valoración
	Criterio 2. El DR refleja los nuevos aprendizajes relacionados con el cuidado básico de la semana	1	<0,001	1	Excelente
Niveles de Evaluación	El estudiante no refiere ningún nuevo aprendizaje respecto al cuidado básico que trata en la semana.	1	<0,001	1	Excelente
	El estudiante refiere algún nuevo aprendizaje relacionado con el cuidado básico de la semana.	0,91	0,005	0,91	Excelente
	El estudiante enumera nuevos aprendizajes relacionados con el cuidado básico.	1	<0,001	1	Excelente
	El estudiante describe qué nuevos aprendizajes le han supuesto en el cuidado básico pertinente a la semana.	0,91	0,005	0,91	Excelente

I-CVI: Validez de contenido de los ítems; Pc: Probabilidad de que la concordancia sea debida al azar; k: Coeficiente de Kappa modificado.

Tabla 23. Validez de Contenido por panel de expertos del Criterio 3 de la rúbrica y sus niveles de evaluación.

		I-CVI	Pc	k	Valoración
Criterio 3. El DR aporta cómo se siente el alumno ante un incidente crítico		0,91	0,005	0,91	Excelente
Niveles de Evaluación	El estudiante no refiere ningún sentimiento durante el aprendizaje en situaciones imprevistas con los cuidados básicos.	0,82	0,027	0,82	Excelente
	El estudiante refiere algún sentimiento ante una situación imprevista de aprendizaje.	0,91	0,005	0,91	Excelente
	El estudiante describe cómo se siente ante una situación imprevista de aprendizaje.	0,91	0,005	0,91	Excelente
	El estudiante describe cómo se siente ante una situación imprevista de aprendizaje y detalla cómo gestiona ese sentimiento.	0,91	0,005	0,91	Excelente

I-CVI: Validez de contenido de los ítems; Pc: Probabilidad de que la concordancia sea debida al azar; k: Coeficiente de Kappa modificado.

Tabla 24. Validez de Contenido por panel de expertos del Criterio 4 de la rúbrica y sus niveles de evaluación.

		I-CVI	Pc	k	Valoración
Criterio 4. Al detectar un incidente crítico se busca la mejor respuesta para resolverlo		1	<0,001	1	Excelente
Niveles de Evaluación	Ante un incidente crítico el estudiante no busca la mejor respuesta para resolverlo.	1	<0,001	1	Excelente
	Ante un incidente crítico el estudiante nombra la que cree que es la mejor opción para resolver el incidente crítico.	0,91	0,005	0,91	Excelente
	Ante un incidente crítico el estudiante argumenta la que cree que es la mejor opción para resolver el incidente crítico.	1	<0,001	1	Excelente
	Ante un incidente crítico el estudiante plantea diversas formas para resolverlo y argumenta la que cree que es la mejor opción para el mismo.	1	<0,001	1	Excelente

I-CVI: Validez de contenido de los ítems; Pc: Probabilidad de que la concordancia sea debida al azar; k: Coeficiente de Kappa modificado.

Tabla 25. Validez de Contenido por panel de expertos del Criterio 5 de la rúbrica y sus niveles de evaluación.

		I-CVI	Pc	k	Valoración
Criterio 5. Ante una duda de contenido se realiza una búsqueda bibliográfica		0,91	0,005	0,91	Excelente
Niveles de Evaluación	El estudiante no realiza ninguna búsqueda bibliográfica al respecto de los cuidados básicos.	1	<0,001	1	Excelente
	El estudiante sólo refiere el resultado de la búsqueda bibliográfica, sin hacer alusión a cómo realiza esa búsqueda.	1	<0,001	1	Excelente
	El estudiante detalla cómo realiza la búsqueda bibliográfica y el resultado de la misma.	1	<0,001	1	Excelente
	El estudiante detalla cómo realiza la búsqueda bibliográfica, el resultado de la misma y realiza las referencias bibliográficas pertinentes mediante normas Vancouver.	1	<0,001	1	Excelente

I-CVI: Validez de contenido de los ítems; Pc: Probabilidad de que la concordancia sea debida al azar; k: Coeficiente de Kappa modificado.

Tabla 26. Validez de Contenido por panel de expertos del Criterio 6 de la rúbrica y sus niveles de evaluación.

		I-CVI	Pc	k	Valoración
Criterio 6. Se realizan preguntas y las intenta resolver mediante PBE		0,91	0,005	0,91	Excelente
Niveles de Evaluación	El estudiante no refiere ningún interés por la PBE.	0,91	0,005	0,91	Excelente
	El estudiante formula preguntas clínicas contestables y traduce esas preguntas en búsquedas eficaces de la mejor evidencia.	1	<0,001	1	Excelente
	El estudiante formula preguntas clínicas contestables, traduce esas preguntas en búsquedas eficaces de la mejor evidencia y valora de forma crítica esa evidencia.	1	<0,001	1	Excelente
	El estudiante formula preguntas clínicas contestables, traduce esas preguntas en búsquedas eficaces de la mejor evidencia, valora de forma crítica esa evidencia y propone cómo integrar dicha evidencia en sus prácticas clínicas	1	<0,001	1	Excelente

I-CVI: Validez de contenido de los ítems; Pc: Probabilidad de que la concordancia sea debida al azar; k: Coeficiente de Kappa modificado.

En cuanto a la media de las puntuaciones de los I-CVI (S-CVI) todos los criterios de evaluación obtienen una Validez elevada, dado que superan el 0,9, a excepción del criterio 3 que aporta un 0,89 considerándose una validez buena. El total del instrumento aporta S-CVI de 0,95, por lo tanto, se considera que la Validez de contenido del instrumento mantiene una validez elevada. Estos resultados se exponen en la Tabla 27.

Tabla 27. Validez de contenido global del instrumento.

Criterio	S-CVI	Valoración
1	0,963	Validez elevada
2	0,963	Validez elevada
3	0,891	Validez buena
4	0,981	Validez elevada
5	0,981	Validez elevada
6	0,963	Validez elevada
S-CVI total	0,957	Validez elevada

S-CVI: Media de las puntuaciones de todos los ítems.

El grado de concordancia interobservador que en cinco de los seis criterios planteados en la rúbrica, se puede retener la hipótesis nula, por lo tanto, se puede afirmar con una confianza del 95% que la rúbrica realiza la misma medición por observadores independientes en los criterios 1, 3, 4, 5 y 6 (Tabla 28).

Tabla 28. Grado de concordancia interobservador.

	p-valor*
1. El DR ¹ refleja el cuidado básico llevado a cabo la semana correspondiente	0,24
2. El DR ¹ refleja los nuevos aprendizajes relacionados con el cuidado básico de la semana	0,02
3. El DR ¹ aporta cómo se siente el alumno ante un incidente crítico	0,05
4. Al detectar un incidente crítico se busca la mejor respuesta para resolverlo	0,10
5. Ante una duda de contenido se realiza una búsqueda bibliográfica	0,22
6. Se realizan preguntas y las intenta resolver mediante PBE ²	0,80

**Test de Kruskal-Wallis; DR¹: Diario Reflexivo; PBE²: Práctica Basada en la Evidencia.*

4.3.2 Cuaderno de Cuidados Básicos Basados en la Evidencia.

En primer lugar, la valoración de la consistencia interna del Cuaderno de seguimiento y evaluación de los Cuidados Básicos Basados en la Evidencia a través de alfa de Cronbach aporta un resultado Excelente con una puntuación de 0,92, no mejorando esta puntuación en caso de quitar algún ítem (Anexo 11).

En cuanto a la consistencia interna perteneciente a los cuidados relacionados con la **Hemodinámica**, se obtiene un alfa de Cronbach 0,607 interpretándose la consistencia interna como cuestionable. Al obtener este resultado, se analiza si el alfa de Cronbach aumenta al eliminar algún ítem de la escala (Tabla 29). El resultado más potente se obtiene al eliminar “¿Se observa si el paciente lleva esmalte de uñas antes de la toma de la saturación de oxígeno?”, pero es de destacar que el resultado final sería de 0,644 quedándose de igual modo una consistencia interna cuestionable.

Tabla 29. Alfa de Cronbach si se elimina algún ítem para la hemodinámica.

	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. ¿Se toma la TA en ambos brazos de forma previa y nos quedamos con el valor más alto?	0,542
2. ¿Se tiene en cuenta el tamaño del manguito para la toma de la TA?	0,568
3. ¿Se tiene en cuenta el aumento progresivo de la presión del manguito hasta la desaparición del pulso apical?	0,557
4. ¿Se pregunta al paciente si acaba de fumar antes de la toma de la saturación de oxígeno?	0,540
5. ¿Se observa si el paciente lleva esmalte de uñas antes de la toma de la saturación de oxígeno?	0,644
6. En la toma de pulso, ¿se mide durante un tiempo determinado y se multiplica hasta obtener el pulso por minuto?	0,605
7. En cuanto a la temperatura corporal ¿Se considera que hay fiebre a partir de 38°C?	0,624
8. ¿Se usan medidas físicas para paliar la fiebre además de la medicación pautada?	0,538
9. ¿Se tiene en cuenta la constante de frecuencia respiratoria?	0,571

Los resultados para los ítems relacionados con la **Movilidad** aportan un resultado de alfa de Cronbach de 0,860, determinándose como una consistencia interna de buena.

Este mismo estadístico calculado en la semana que concierne a la **Alimentación** aporta un resultado de 0,636; determinándose de igual manera que sucede en la semana 1, una consistencia interna del instrumento cuestionable. Por ello, se procede al análisis de la

eliminación de algún ítem con la intención de aumentar dicho resultado. En la Tabla 30 se observan los resultados y tal y como se puede observar, el ítem que más aumenta la consistencia interna del instrumento si se elimina es “¿Es la enfermera la encargada de supervisar las dietas de cada paciente?”, suponiendo esta eliminación un aumento del estadístico de 0,021.

Tabla 30. Alfa de Cronbach si se elimina algún ítem para la alimentación.

	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. ¿Se tienen en cuenta las condiciones higiénicas de las habitaciones antes de entrar la comida a las mismas?	0,606
2. Antes de entrar la bandeja de comida a las habitaciones ¿se comprueba el tipo de dieta prescrita?	0,619
3. ¿Se realizan los pertinentes controles glucémicos antes de iniciar la alimentación?	0,633
4. ¿Se comprueba la cantidad de comida ingerida por cada paciente al retirar la bandeja?	0,526
5. Ante un paciente dependiente ¿se le presta ayuda para comer o se ofrece dicha ayuda?	0,608
6. ¿Se toman precauciones para la broncoaspiración?	0,634
7. ¿Es la enfermera la encargada de supervisar las dietas de cada paciente?	0,657
8. ¿Se revisan a diario las dietas de los pacientes?	0,637
9. ¿Se tiene en cuenta la cantidad de líquidos ingeridos en las comidas?	0,561
10. Aunque el paciente disponga de acompañante ¿se le presta ayuda para comer si presenta dificultades	0,609

En cuanto a la semana relativa a los cuidados relacionados con el **descanso y el sueño**, el alfa de Cronbach aporta una consistencia interna buena para esta semana, siendo el resultado cuantitativo de 0,800.

Los ítems relacionados con la **higiene** vierten un resultado de consistencia interna a través de alfa de Cronbach de 0,705, lo cual se determina como aceptable.

La semana de los cuidados relativos a la **eliminación**. Con los ítems planteados, se obtiene una alfa de Cronbach para esta semana con el instrumento planteado de 0,694, lo cual supone un resultado cuestionable. Así se plantea la eliminación de algún ítem con la intención de mejorar el resultado, se obtiene que eliminando el ítem “Ante un paciente con dificultad para la eliminación intestinal ¿se le aplican medidas no farmacológicas además de las pautadas por el médico?” mejora la consistencia interna

de la escala y se establece en 0,725, categorizándose como aceptable (Tabla 31). Dado este resultado se decide eliminar este ítem de la escala. Tras retirar este ítem se procede al recálculo de este estadístico para comprobar la consistencia interna de la escala, la cual vierte un resultado de 0,733.

Tabla 31. Alfa de Cronbach si se elimina algún ítem para la eliminación.

	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. ¿Se tiene en cuenta que algunos medicamentos influyen sobre la micción?	0,697
2. ¿Se procede al control de la eliminación intestinal de los pacientes?	0,696
3. Ante un paciente con dificultad para la eliminación intestinal ¿se le aplican medidas no farmacológicas además de las pautadas por el médico?	0,725
4. Ante el paciente dependiente ¿se le ayuda en el uso de los dispositivos para la micción o defecación según su limitación?	0,673
5. ¿Se anota la cantidad de orina obtenida tras cada micción en la gráfica pertinente?	0,631
6. Además de la cantidad ¿se tiene en cuenta otras características de la orina? (olor, color, presencia de elementos anormales, etc.)	0,644
7. Si se procede a la medición de la diuresis ¿se informa al paciente de dicho procedimiento y se solicita su colaboración?	0,637
8. Tras cada eliminación ¿se procede a la limpieza de la cuña o botella con lejía?	0,658
9. ¿Se alerta al profesional correspondiente ante una diuresis inferior a la esperada?	0,668
10. ¿Se realiza el cambio de guantes entre pacientes cuando se está midiendo la diuresis?	0,653

Los cuidados relativos al **confort y seguridad** de los pacientes aportan una consistencia interna de 0,708, interpretándose como un resultado aceptable.

Por último, los ítems planteados para los cuidados sobre el **manejo del dolor**, tanto su valoración como el tratamiento aportan una consistencia interna de 0,762, determinándose como aceptable. En Tabla 32 se presenta el resultado de la consistencia interna representada por alfa de Cronbach por cuidados.

Tabla 32. Interpretación de la consistencia interna por cuidados. Consistencia interna global del instrumento.

Cuidado básico	Número ítems	Alfa de Cronbach	Interpretación
Hemodinámica	9	0,607	Cuestionable
Movilidad	10	0,860	Buena
Alimentación	10	0,636	Cuestionable
Descanso y sueño	10	0,800	Buena
Higiene	10	0,705	Aceptable
Eliminación	9	0,733	Aceptable
Confort y seguridad	10	0,708	Aceptable
Dolor, valoración y tratamiento	10	0,762	Aceptable
Instrumento completo	78	0,920	Excelente

La Tabla 33 pretende resumir las pruebas de Kaiser-Meyer Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Barlett por cuidados, para comprobar a través de estos análisis estadísticos la relación entre los coeficientes de correlación y la pertinencia del análisis factorial, respectivamente.

Tabla 33. KMO y Prueba de esfericidad de Barlett por cuidados.

Cuidado básico	KMO	Interpretación	Barlett
Hemodinámica	0,618	Bajo	<0,001
Movilidad	0,716	Mediano	<0,001
Alimentación	0,479	Muy bajo	<0,001
Descanso y sueño	0,726	Mediano	<0,001
Higiene	0,592	Bajo	<0,001
Eliminación	0,596	Bajo	<0,001
Confort y seguridad	0,581	Bajo	<0,001
Dolor, valoración y tratamiento	0,595	Bajo	<0,001

Tras la comprobación de la fiabilidad y la validez de contenido de los instrumentos, se procedió a llevar a cabo un estudio de los resultados obtenidos a través de los mismos. Estos resultados se plasman en los objetivos siguientes.

4.4 Objetivo específico 1. Analizar si existe relación entre la adquisición de actitudes, conocimientos y habilidades de Práctica Basada en la Evidencia respecto a las notas obtenidas en: la nota final de la asignatura de Cuidados Básicos en Enfermería, la nota final obtenida en el apartado de los diarios reflexivos y la nota obtenida en el apartado teórico de la asignatura de Cuidados Básicos en Enfermería.

La nota final obtenida en la asignatura de Cuidados Básicos de Enfermería aporta un mínimo de 6,30 y un máximo de 8,80, con una media de 7,32 ($DE \pm 0,49$). En cuanto a la nota de la parte teórica obtenida en Cuidados Básicos de Enfermería, la nota mínima es de 4,90 y la máxima de 8,57, con una media de 6,81 ($DE \pm 0,59$). Los estadísticos descriptivos aportan un mínimo de 4,09 para la nota final obtenida en los Diarios Reflexivos y un 9,48 como nota máxima, siendo la media en esta variable de 7,16 ($DE \pm 1,39$).

Como se puede observar en la Tabla 34 las notas obtenidas en la asignatura de Cuidados Básicos en Enfermería no se correlaciona con las variables: sexo, edad, tipos de estudios previos. Existiendo las siguientes correlaciones destacables:

- Correlación inversa (Pearson=-0,322) de la nota de la parte teórica de Cuidados Básicos de Enfermería con la media obtenida en la dimensión de Actitud del cuestionario CACH-PBE (p-valor=0,035).
- Correlación inversa (Pearson=-0,338) de la nota de la parte teórica con la media del total del CACH-PBE (p-valor=0,026).

Tabla 34. Correlación existente entre las Notas obtenidas en la asignatura de Cuidado Básicos de Enfermería y el resto de variables.

		Sexo	Edad	Tipos de estudios previos	Media actitud	Media conocimientos	Media habilidades	Media CACH-PBE	Nota T	Nota DR	Nota F
Sexo	Correlación de Pearson		0,141	-0,032	0,197	0,148	0,057	,223	-0,078	0,142	0,172
	p-valor*		0,366	0,840	0,207	0,343	0,715	,150	0,620	0,364	0,269
Edad	Correlación de Pearson	0,141		-0,455	0,244	0,116	-0,060	,212	-0,098	0,003	-0,135
	p-valor*	0,366		0,002	0,115	0,459	0,704	,173	0,532	0,984	0,389
Tipos de estudios previos	Correlación de Pearson	-0,032	-0,455		-0,063	-0,061	0,247	,003	0,036	-0,099	0,156
	p-valor*	0,840	0,002		0,690	0,697	0,110	,984	0,820	0,526	0,319
Media actitud	Correlación de Pearson	0,197	0,244	-0,063		0,285	0,062	,888	-0,322	0,059	-0,189
	p-valor*	0,207	0,115	0,690		0,064	0,694	<0,001	0,035	0,709	0,226
Media conocimientos	Correlación de Pearson	0,148	0,116	-0,061	0,285		-0,034	,587	-0,180	0,086	0,078
	p-valor*	0,343	0,459	0,697	0,064		0,831	<0,001	0,247	0,582	0,617
Media habilidades	Correlación de Pearson	0,057	-0,060	0,247	0,062	-0,034		,334	-0,081	-0,255	-0,014
	p-valor*	0,715	0,704	0,110	0,694	0,831		,029	0,604	0,099	0,928
Media CACH-PBE	Correlación de Pearson	0,223	0,212	0,003	0,888	0,587	0,334		-0,338	0,001	-0,118
	p-valor*	0,150	0,173	0,984	<0,001	<0,001	0,029		0,026	0,995	0,451
Nota T	Correlación de Pearson	-0,078	-0,098	0,036	-0,322	-0,180	-0,081	-0,338		0,196	0,637
	p-valor*	0,620	0,532	0,820	0,035	0,247	0,604	0,026		0,209	<0,001
Nota DR	Correlación de Pearson	0,142	0,003	-0,099	0,059	0,086	-0,255	,001	0,196		0,519
	p-valor*	0,364	0,984	0,526	0,709	0,582	0,099	,995	0,209		<0,001
Nota F	Correlación de Pearson	0,172	-0,135	0,156	-0,189	0,078	-0,014	-,118	0,637	0,519	
	p-valor*	0,269	0,389	0,319	0,226	0,617	0,928	,451	<0,001	<0,001	

Nota T: Nota parte teórica de Cuidados Básicos de Enfermería; Nota DR: Nota final de los Diarios Reflexivos; Nota F: Nota final obtenida en la asignatura de Cuidados Básicos de Enfermería. *Bilateral. n=43.

4.5 Objetivo específico 2. Determinar la posible diferencia entre los cuidados básicos de enfermería aplicados a los pacientes por los alumnos y los llevados a cabo por los profesionales de las distintas unidades.

En las tablas de la 35 a la 42 se muestran los estadísticos descriptivos obtenidos a través del Cuaderno de Cuidados Básicos Basados en la Evidencia. Entre los resultados más destacables se encuentra que en el ítem “¿La movilización de pacientes se lleva a cabo entre varias personas?” los alumnos responden en un 60,5% que siempre, mientras que para los profesionales manifiestan que un 36,6% de las veces. Tanto alumnos como profesionales coinciden en un 100% de las veces que siempre “Antes de entrar la bandeja de comida a las habitaciones, ¿se comprueba el tipo de dieta prescrita?”. Los alumnos manifiestan que los profesionales en un 95,2% siempre “¿Se revisan a diario las dietas de los pacientes?” mientras que ellos mismos las revisan en un 81,4%.

En cuanto a la higiene de los pacientes, los alumnos manifiestan que en el 100% de los casos siempre “¿se prioriza mantener la intimidad del paciente cuando se están realizando actos de higiene sobre el mismo?” mientras que los profesionales siempre mantienen esa intimidad en el 90,5% de los casos. En el cuidado básico relativo al confort y seguridad, al preguntar “Al preparar un campo estéril ¿se tiene extremo rigor al abrir y manipular el material estéril?” se responde que el alumno siempre en un 97,6%, en cambio los profesionales siempre mantienen ese extremo rigor en un 90,5% de los casos. Por último, relativo al cuidado del dolor, los profesionales conocen en un 62,8% la escala FACES mientras que los alumnos la conocen en un 73,8%.

En las siguientes tablas se presentan las comparaciones entre los cuidados realizados por los alumnos y los realizados por los profesionales a través del estadístico Ji-cuadrado de Pearson o el Test exacto de Fisher, según corresponda (Tablas de la 35 a la 42). En estos resultados se puede observar que los cuidados básicos ofrecidos a los pacientes tanto por alumnos como por profesionales son los mismos.

Tabla 35. Cuidados ofrecidos Alumno/Profesional: Hemodinámica.

Hemodinámica	n	Cuidados ofrecidos por el alumno					Cuidados ofrecidos por el profesional					p*
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
1. ¿Se toma la TA en ambos brazos de forma previa y nos quedamos con el valor más alto?	42	4,8	11,9	23,8	14,3	45,2	2,4	2,4	19,0	31,0	45,2	0,21*
2. ¿Se tiene en cuenta el tamaño del manguito para la toma de la TA?	42	52,4	14,3	14,3	4,8	14,3	47,6	16,7	14,3	4,8	16,7	0,99
3. ¿Se tiene en cuenta el aumento progresivo de la presión del manguito hasta la desaparición del pulso apical?	42	33,3	23,8	9,5	7,1	26,2	35,7	19,0	14,3	7,1	23,8	0,95
4. ¿Se pregunta al paciente si acaba de fumar antes de la toma de la saturación de oxígeno?	42	4,8	4,8	16,7	14,3	59,5	7,1	7,1	16,7	11,9	57,1	1,00*
5. ¿Se observa si el paciente lleva esmalte de uñas antes de la toma de la saturación de oxígeno?	42	57,1	23,8	--	2,4	16,7	61,9	19,0	--	2,4	16,7	0,97*
6. En la toma de pulso, ¿se mide durante un tiempo determinado y se multiplica hasta obtener el pulso por minuto?	38	15,8	23,7	15,8	2,6	42,1	24,3	18,9	13,5	2,7	40,5	0,92
7. En cuanto a la temperatura corporal ¿Se considera que hay fiebre a partir de 38°C?	42	73,8	9,5	11,9	--	4,8	76,2	7,1	11,9	--	4,8	1,00*
8. ¿Se usan medidas físicas para paliar la fiebre además de la medicación pautada?	40	22,5	12,5	25,0	10,0	30,0	22,5	12,5	27,5	7,5	30,0	1,00
9. ¿Se tiene en cuenta la constante de frecuencia respiratoria?	42	21,4	2,4	35,7	16,7	23,8	21,4	4,8	33,3	16,7	23,8	1,00

1: siempre; 2: casi siempre; 3: Algunas veces; 4: Muy pocas veces; 5: Nunca; * p-valor de Fisher (bilateral)

Tabla 36. Cuidados ofrecidos Alumno/Profesional: Cuidados Básicos en la Movilidad.

Movilidad	n	Alumno					Profesional					p*
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
1. ¿Existe en la unidad un plan de cambios posturales general?	43	62,8	20,9	4,7	4,7	7,0	72,5	15,0	5,0	5,0	2,5	0,88
2. ¿Se levanta al paciente de forma progresiva para evitar los efectos de la hipotensión ortostática?	43	79,1	18,6	--	--	2,3	85,4	12,2	2,4	--	--	0,54
3. ¿La movilización de pacientes se lleva a cabo entre varias personas?	43	60,5	30,2	4,7	2,3	2,3	36,6	41,5	17,1	4,9	--	0,07
4. ¿Se tiene en cuenta la comodidad del paciente a la hora de cambiarlo de postura?	42	81,0	16,7	--	--	2,4	77,5	20,0	2,5	--	--	0,77
5. ¿Dispone la unidad de celadores para realizar el cambio postural?	43	67,4	16,3	11,6	2,3	2,3	73,2	14,6	9,8	2,4	--	1,00
6. Cuando un paciente demanda moverse ¿se le ayuda de forma inmediata a realizar el cambio?	43	16,3	65,1	14,0	2,3	2,3	14,6	65,9	14,6	4,9	--	1,00
7. Ante un paciente autónomo ¿nos aseguramos de que tenga todo a mano para su propia movilidad y que posee los conocimientos para emplearlo?	43	86,0	7,0	4,7	--	2,3	82,9	12,2	4,9	--	--	0,79
8. ¿Se realizan las transferencias de forma coordinada?	43	76,7	20,9	--	--	2,3	82,9	14,6	--	2,4	--	0,57
9. ¿Se informa al paciente qué se va a realizar antes de empezar a moverlo?	43	95,3	2,3	--	--	2,3	95,1	4,9	--	--	--	0,80
10. ¿Se tiene en cuenta la higiene postural del propio trabajador ante las movilizaciones y transferencias de los pacientes?	43	41,9	41,9	14,0	--	2,3	41,5	46,3	9,8	2,4	--	0,88

1: siempre; 2: casi siempre; 3: Algunas veces; 4: Muy pocas veces; 5: Nunca; *p-valor de Fisher (bilateral)

Tabla 37. Cuidados ofrecidos Alumno/Profesional: Cuidados Básicos en la alimentación.

Alimentación	n	Alumno					Profesional					p*
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
1. ¿Se tienen en cuenta las condiciones higiénicas de las habitaciones antes de entrar la comida a las mismas?	43	69,8	27,9	--	--	2,3	66,7	26,2	4,8	--	2,4	0,75*
2. Antes de entrar la bandeja de comida a las habitaciones ¿se comprueba el tipo de dieta prescrita?	43	100,0	--	--	--	--	100,0	--	--	--	--	-
3. ¿Se realizan los pertinentes controles glucémicos antes de iniciar la alimentación?	42	92,9	4,8	2,4	--	--	95,1	2,4	2,4	--	--	1,00
4. ¿Se comprueba la cantidad de comida ingerida por cada paciente al retirar la bandeja?	43	51,2	20,9	27,9	--	--	42,9	38,1	19,0	--	--	0,20*
5. Ante un paciente dependiente ¿se le presta ayuda para comer o se ofrece dicha ayuda?	41	85,4	7,3	2,4	4,9	--	80,0	12,5	5,0	2,5	--	0,69
6. ¿Se toman precauciones para la broncoaspiración?	41	68,3	22,0	7,3	--	2,4	77,5	12,5	7,5	--	2,5	0,76
7. ¿Es la enfermera la encargada de supervisar las dietas de cada paciente?	42	64,3	26,2	2,4	4,8	2,4	73,2	12,2	4,9	4,9	4,9	0,57
8. ¿Se revisan a diario las dietas de los pacientes?	43	81,4	9,3	9,3	--	--	95,2	--	4,8	--	--	0,07
9. ¿Se tiene en cuenta la cantidad de líquidos ingeridos en las comidas?	43	39,0	34,1	24,4	2,4	--	42,5	32,5	17,5	7,5	--	0,71
10. Aunque el paciente disponga de acompañante ¿se le presta ayuda para comer si presenta dificultades?	41	29,3	19,5	26,8	22,0	2,4	25,0	25,0	27,5	20,0	2,5	0,97*

1: siempre; 2: casi siempre; 3: Algunas veces; 4: Muy pocas veces; 5: Nunca; *p-valor de Fisher (bilateral)

Tabla 38. Cuidados ofrecidos Alumno/Profesional: Cuidados Básicos en el Descanso y sueño.

Descanso y sueño	n	Alumno					Profesional					p*
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
1. ¿Se tiene en cuenta las horas de sueño imperturbado de cada paciente?	42	47,6	26,2	21,4	4,8	--	47,6	23,8	23,8	4,8	--	1,00
2. ¿Se favorece el descanso de cada paciente individual cuando éste lo precisa?	42	69,0	31,0	--	--	--	61,9	31,0	7,1	--	--	0,31
3. ¿Se cuida el ambiente para incrementar el descanso de los pacientes? (ruidos, luces, temperatura, etc.)	42	66,7	28,6	--	4,8	--	61,9	28,6	9,5	--	--	0,13
4. ¿Se considera el control dolor como un elemento favorecedor para el descanso?	42	92,9	7,1	--	--	--	90,5	9,5	--	--	--	1,00
5. ¿Se verifica la acción de la farmacoterapia administrada para cercionarse del correcto descanso?	42	71,4	21,4	7,1	--	--	73,8	23,8	2,4	--	--	0,72
6. ¿Se mantiene un horario constante para la regulación del descanso del paciente?	42	61,9	28,6	7,1	--	2,4	63,4	26,8	7,3	--	2,4	1,00
7. ¿Se “molesta” a los pacientes administrándoles medicación cuando están descansando?	42	14,3	23,8	38,1	23,8	--	16,7	21,4	45,2	16,7	--	0,83*
8. ¿Se tiene en cuenta el ambiente habitual de sueño del paciente para su descanso hospitalario?	40	22,5	45,0	12,5	17,5	2,5	27,5	37,5	15,0	17,5	2,5	0,96*
9. ¿Se presta atención al estrés psicológico del paciente ante el periodo de descanso?	42	47,6	38,1	14,3	--	--	54,8	35,7	9,5	--	--	0,75*
10. ¿Existe preocupación profesional por si los pacientes obtiene un descanso favorecedor?	41	70,7	26,8	2,4	--	--	61,0	29,3	9,8	--	--	0,38

1: siempre; 2: casi siempre; 3: Algunas veces; 4: Muy pocas veces; 5: Nunca; *p-valor de Fisher (bilateral)

Tabla 39. Cuidados ofrecidos Alumno/Profesional: Cuidados Básicos en la Higiene.

Higiene	n	Alumno					Profesional					p*
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
1. En pacientes con riesgo de UPP ¿se realizan cambios posturales? (anotar cada cuantas horas)	42	66,7	23,8	9,5	--	--	69,0	16,7	14,3	--	--	0,63*
2. ¿Se proporciona sólo aquella higiene que el paciente no puede hacer por sí solo?	42	71,4	11,9	9,5	4,8	2,4	73,8	9,5	9,5	4,8	2,4	1,00
3. Ante un paciente independiente ¿se supervisan y registran las actividades que realiza de higiene diaria?	42	52,4	23,8	9,5	14,3	--	47,6	23,8	21,4	7,1	--	0,40
4. ¿Se prioriza en mantener la intimidad del paciente cuando se están realizando actos de higiene sobre el mismo?	42	100,0	--	--	--	--	90,5	9,5	--	--	--	0,11
5. ¿Se realizan las higienes entre dos profesionales sanitarios?	42	76,2	16,7	7,1	--	--	52,4	33,3	14,3	--	--	0,08
6. ¿Se solicita la colaboración del paciente así como se informa al mismo de las actividades que vamos a realizar?	42	95,2	4,8	--	--	--	97,6	--	2,4	--	--	0,49
7. ¿Se sigue el orden de limpio a sucio y/o de arriba abajo para realizar las higienes?	42	88,1	11,9	--	--	--	88,1	11,9	--	--	--	1,00*
8. ¿Se registran las actividades de higiene de los pacientes?	42	81,0	7,1	7,1	--	4,8	76,2	11,9	7,1	2,4	2,4	0,90
9. ¿Se prepara con antelación todo el material que se va a emplear para la higiene individual de cada paciente?	42	88,1	11,9	--	--	--	92,9	7,1	--	--	--	0,71
10. ¿Se procede a la higiene bucal de cada paciente o al control de la misma tras cada comida? (anotar cómo se realiza cepillado, colutorios, etc.)	42	14,3	11,9	33,3	31,0	9,5	9,5	19,0	31,0	28,6	11,9	0,87*

1: siempre; 2: casi siempre; 3: Algunas veces; 4: Muy pocas veces; 5: Nunca; *p-valor de Fisher (bilateral)

Tabla 40. Cuidados ofrecidos Alumno/Profesional: Cuidados Básicos en la Eliminación.

Eliminación	n	Alumno					Profesional					p*
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
1. ¿Se tiene en cuenta que algunos medicamentos influyen sobre la micción?	42	76,2	19,0	4,8	--	--	73,8	21,4	4,8	--	--	1,00
2. ¿Se procede al control de la eliminación intestinal de los pacientes?	42	64,3	21,4	14,3	--	--	61,9	23,8	14,3	--	--	1,00*
3. Ante el paciente dependiente ¿se le ayuda en el uso de los dispositivos para la micción o defecación según su limitación?	42	90,5	2,4	7,1	--	--	85,7	4,8	9,5	--	--	0,78
4. ¿Se anota la cantidad de orina obtenida tras cada micción en la gráfica pertinente?	42	59,5	16,7	14,3	--	9,5	59,5	19,0	11,9	--	9,5	1,00
5. Además de la cantidad ¿se tiene en cuenta otras características de la orina? (olor, color, presencia de elementos anormales, etc.)	42	85,7	9,5	2,4	--	2,4	85,7	9,5	2,4	--	2,4	1,00
6. Si se procede a la medición de la diuresis ¿se informa al paciente de dicho procedimiento y se solicita su colaboración?	42	83,3	9,5	7,1	--	--	85,7	9,5	2,4	2,4	--	0,71
7. Tras cada eliminación ¿se procede a la limpieza de la cuña o botella con lejía?	42	47,6	11,9	14,3	19,0	7,1	40,5	19,0	14,3	21,4	4,8	0,88*
8. ¿Se alerta al profesional correspondiente ante una diuresis inferior a la esperada?	42	92,9	2,4	4,8	--	--	90,5	4,8	4,8	--	--	1,00
9. ¿Se realiza el cambio de guantes entre pacientes cuando se está midiando la diuresis?	42	85,7	11,9	--	--	2,4	76,2	11,9	7,1	--	4,8	0,42

1: siempre; 2: casi siempre; 3: Algunas veces; 4: Muy pocas veces; 5: Nunca; *p-valor de Fisher (bilateral)

Tabla 41. Cuidados ofrecidos Alumno/Profesional: Cuidados Básicos en el Confort y Seguridad.

Confort y Seguridad		Alumno					Profesional					p*	
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
		n	%	%	%	%	%	%	%	%	%		%
1.	¿Se coordinan las actividades de los diferentes profesionales con el fin de que el paciente tenga una mayor comodidad?	43	72,1	27,9	--	--	--	72,1	25,6	--	2,3	--	1,00
2.	¿Se tienen en cuenta las situaciones físicas que pueden generar incomodidad?	43	81,4	18,6	--	--	--	81,4	14,0	4,7	--	--	0,45
3.	¿Se favorece el uso de la distracción del paciente mediante lectura de libros, televisión, etc.?	43	48,8	27,9	20,9	2,3	--	44,2	27,9	23,3	4,7	--	0,96
4.	¿Se tiene limitado el número de visitas y el horario de las mismas?	43	18,6	18,6	20,9	23,3	18,6	18,6	16,3	23,3	23,3	18,6	1,00*
5.	Ante la detección de riesgo de caídas ¿se extrema la vigilancia de ese paciente aunque tenga acompañante?	42	78,6	14,3	7,1	--	--	72,1	20,9	7,0	--	--	0,86
6.	¿Se realiza el lavado de manos de los profesionales al llegar a la unidad y antes de salir de la misma? (anotar la forma de lavado de manos)	43	95,3	4,7	--	--	--	88,4	7,0	4,7	--	--	0,51
7.	¿Se realiza el lavado de manos de los profesionales ante cualquier contacto con el paciente? (anotar la forma de lavado de manos)	43	79,1	16,3	4,7	--	--	67,4	23,3	9,3	--	--	0,48
8.	¿Se instruye a la familia acerca de la importancia del lavado de manos para prevenir la infección antes de entrar a la habitación del paciente?	42	31,0	31,0	19,0	14,3	4,8	31,0	26,2	26,2	9,5	7,1	0,87*
9.	Al preparar un campo estéril ¿se tiene extremo rigor al abrir y manipular el material estéril?	42	97,6	--	2,4	--	--	90,5	4,8	4,8	--	--	0,42
10.	¿Se permanece con el paciente cuando toma la medicación oral?	42	7,1	19,0	40,5	26,2	7,1	4,8	14,3	40,5	31,0	9,5	0,93

1: siempre; 2: casi siempre; 3: Algunas veces; 4: Muy pocas veces; 5: Nunca; *p-valor de Fisher (bilateral)

Tabla 42. Cuidados ofrecidos Alumno/Profesional: Cuidados Básicos en el Dolor, valoración y tratamiento.

Dolor, valoración y tratamiento	n	Alumno					Profesional					p*
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
1. ¿Se aplica la escala EVA para la medición del dolor?	43	34,9	25,6	23,3	4,7	11,6	16,3	20,9	32,6	11,6	18,6	0,22*
2. ¿Conocen los profesionales la escala FACES?	42	73,8	11,9	7,1	--	7,1	62,8	14,0	11,6	2,3	9,3	0,82
3. Además de la valoración subjetiva a través de una escala para medir el dolor ¿se tienen en cuenta los signos objetivos que evidencian el dolor?	43	83,7	16,3	--	--	--	86,0	14,0	--	--	--	1,00*
4. ¿Se emplean técnicas no farmacológicas para la reducción y control del dolor?	43	37,2	30,2	30,2	2,3	--	32,6	34,9	32,6	--	--	0,89
5. ¿Se procede a la verificación de la efectividad de la analgesia tras administrar la misma?	42	78,6	21,4	--	--	--	78,6	16,7	2,4	2,4	--	0,78
6. ¿Se hace uso de la escalera analgésica recomendada por la OMS para el tratamiento del dolor?	43	62,8	16,3	9,3	7,0	4,7	58,1	18,6	11,6	7,0	4,7	0,98
7. ¿Se educa al paciente para que avise de la aparición del dolor antes de que este sea severo?	43	81,4	18,6	--	--	--	81,0	16,7	2,4	--	--	1,00
8. ¿Se realiza una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, duración, frecuencia, calidad, intensidad del dolor y factores desencadenantes?	43	46,5	27,9	20,9	2,3	2,3	40,5	33,3	21,4	--	4,8	0,90
9. ¿Se valora al menos una vez al día el nivel de dolor en cada uno de los pacientes?	43	76,7	11,6	9,3	2,3	--	64,3	23,8	9,5	2,4	--	0,49
10. ¿Defienden los profesionales enfermeros un cambio en el plan de cuidados para cuando el manejo del dolor es inadecuado?	41	63,4	22,0	9,8	4,9	--	61,9	23,8	11,9	2,4	--	1,00

1: siempre; 2: casi siempre; 3: Algunas veces; 4: Muy pocas veces; 5: Nunca; *p-valor de Fisher (bilateral)

4.6 Objetivo específico 3. Determinar si existe relación entre la teoría impartida en el aula en la asignatura de Cuidados Básicos en Enfermería y los cuidados básicos aplicados en las unidades asistenciales donde desarrollan la práctica clínica los estudiantes del Grado de Enfermería de la Universitat Jaume I.

En las tablas de la 43 a la 50, se muestran los resultados en porcentajes de los Cuidados Básicos ofrecidos por los alumnos durante sus prácticas clínicas en relación al Cuaderno de Cuidados Básicos Basados en la Evidencia. Se contrasta ítem a ítem con los Cuidados tratados en el aula por parte del profesorado que imparte la asignatura de Cuidados Básicos de Enfermería, obteniendo los resultados más relevantes en los ítems:

- Antes de entrar la bandeja de comida a las habitaciones ¿se comprueba el tipo de dieta prescrita? y ¿Se prioriza en mantener la intimidad del paciente cuando se están realizando actos de higiene sobre el mismo?, a los cuales los alumnos responden Siempre, obteniendo un resultado del 100% en la escala Likert.
- Los alumnos se encuentran entre Siempre y Casi siempre en más del 95% de los casos en los siguientes ítems: ¿Se realizan las transferencias de forma coordinada? ¿Se informa al paciente qué se va a realizar antes de empezar a movilizarlo? ¿Se realizan los pertinentes controles glucémicos antes de iniciar la alimentación? ¿Se considera el control dolor como un elemento favorecedor para el descanso? ¿Existe preocupación profesional por si los pacientes obtienen un descanso favorecedor? ¿Se realizan las higienes entre dos profesionales sanitarios? ¿Se solicita la colaboración del paciente así como se informa al mismo de las actividades que vamos a realizar? ¿Se sigue el orden de limpio a sucio y/o de arriba abajo para realizar las higienes? ¿Se prepara con antelación todo el material que se va a emplear para la higiene individual de cada paciente? ¿Se tiene en cuenta que algunos medicamentos influyen sobre la micción? Además de la cantidad ¿se tiene en cuenta otras características de la orina? (olor, color, presencia de elementos anormales, etc.) ¿Se realiza el cambio de guantes entre pacientes cuando se está midiendo la diuresis? ¿Se alerta al profesional correspondiente ante una diuresis inferior a la esperada? ¿Se coordinan las actividades de los diferentes profesionales con el fin de que el paciente tenga

una mayor comodidad? ¿Se tienen en cuenta las situaciones físicas que pueden generar incomodidad? Al preparar un campo estéril ¿se tiene extremo rigor al abrir y manipular el material estéril? ¿Se realiza el lavado de manos de los profesionales ante cualquier contacto con el paciente? ¿Se realiza el lavado de manos de los profesionales al llegar a la unidad y antes de salir de la misma? Además de la valoración subjetiva a través de una escala para medir el dolor ¿se tienen en cuenta los signos objetivos que evidencian el dolor? ¿Se procede a la verificación de la efectividad de la analgesia tras administrar la misma? ¿Se educa al paciente para que avise de la aparición del dolor antes de que este sea severo?

- El único ítem que ha obtenido más de un 50% de puntuación en la respuesta Nunca es: ¿Se pregunta al paciente si acaba de fumar antes de la toma de la saturación de oxígeno?

Tabla 43. Descriptivos Cuidados ofrecidos por alumnos vs tratados en el aula. Hemodinámica.

Hemodinámica	Cuidados ofrecidos por el alumno					Aula	IC 95%
	1	1	3	4	5		
	%	%	%	%	%		
1. ¿Se toma la TA en ambos brazos de forma previa y nos quedamos con el valor más alto?	7,0	11,6	23,3	14,0	44,2	Siempre	(1,43-18,66)
2. ¿Se tiene en cuenta el tamaño del manguito para la toma de la TA?	53,5	14,0	14,0	4,7	14,0	Siempre	(37,65-68,82)
3. ¿Se tiene en cuenta el aumento progresivo de la presión del manguito hasta la desaparición del pulso apical?	34,9	23,3	9,3	7,0	25,6	Siempre	(21,01-50,93)
4. ¿Se pregunta al paciente si acaba de fumar antes de la toma de la saturación de oxígeno?	7,0	4,7	16,3	14,0	58,1	Siempre	(1,46-19,06)
5. ¿Se observa si el paciente lleva esmalte de uñas antes de la toma de la saturación de oxígeno?	58,1	23,3	--	2,3	16,3	Siempre	(42,13-72,99)
6. En la toma de pulso, ¿se mide durante un tiempo determinado y se multiplica hasta obtener el pulso por minuto?	17,9	23,1	15,4	2,6	41,0	Algunas veces	(5,86-30,53)
7. En cuanto a la temperatura corporal ¿Se considera que hay fiebre a partir de 38°C?	74,4	9,3	11,6	--	4,7	Siempre	(58,83-86,48)
8. ¿Se usan medidas físicas para paliar la fiebre además de la medicación pautada?	22,5	12,5	25,0	10,0	30,0	Casi siempre	(4,17-26,80)
9. ¿Se tiene en cuenta la constante de frecuencia respiratoria?	23,3	2,3	34,9	16,3	23,3	Siempre	(11,75-38,63)

1: siempre; 2: casi siempre; 3: Algunas veces; 4: Muy pocas veces; 5: Nunca; IC 95%: Intervalo de confianza al 95% de la categoría establecida en el aula

Tabla 44. Descriptivos Cuidados ofrecidos por alumnos vs tratados en el aula. Movilidad.

Movilidad	Cuidados ofrecidos por el alumno					Aula	IC 95%
	1	1	3	4	5		
	%	%	%	%	%		
1. ¿Existe en la unidad un plan de cambios posturales general?	63,6	20,5	4,5	4,5	6,8	Siempre	(47,77-77,59)
2. ¿Se levanta al paciente de forma progresiva para evitar los efectos de la hipotensión ortostática?	77,3	20,5	--	--	2,3	Siempre	(62,16-88,53)
3. ¿La movilización de pacientes se lleva a cabo entre varias personas?	59,1	31,8	4,5	2,3	2,3	Siempre	(43,25-73,66)
4. ¿Se tiene en cuenta la comodidad del paciente a la hora de cambiarlo de postura?	81,4	16,3	--	--	2,3	Siempre	(66,6-91,61)
5. ¿Dispone la unidad de celadores para realizar el cambio postural?	68,2	15,9	11,4	2,3	2,3	Algunas veces	(3,79-24,56)
6. Cuando un paciente demanda moverse ¿se le ayuda de forma inmediata a realizar el cambio?	18,2	63,6	13,6	2,3	2,3	Casi siempre	(47,77-77,59)
7. Ante un paciente autónomo ¿nos aseguramos de que tenga todo a mano para su propia movilidad y que posee los conocimientos para emplearlo? (por ejemplo en caso de necesitar andador)	84,1	9,1	4,5	--	2,3	Siempre	(69,94-93,36)
8. ¿Se realizan las transferencias de forma coordinada?	75,0	22,7	--	--	2,3	Siempre	(59,66-86,81)
9. ¿Se informa al paciente qué se va a realizar antes de empezar a moverlo?	95,5	2,3	--	--	2,3	Siempre	(84,53-99,45)

1: siempre; 2: casi siempre; 3: Algunas veces; 4: Muy pocas veces; 5: Nunca; IC 95%: Intervalo de confianza al 95% de la categoría establecida en el aula

Tabla 45. Descriptivos Cuidados ofrecidos por alumnos vs tratados en el aula. Alimentación.

Alimentación	Cuidados ofrecidos por el alumno					Aula	IC 95%
	1	2	3	4	5		
	%	%	%	%	%		
1. ¿Se tienen en cuenta las condiciones higiénicas de las habitaciones antes de entrar la comida a las mismas?	68,2	29,5	--	--	2,3	Siempre	(52,42-81,39)
2. Antes de entrar la bandeja de comida a las habitaciones ¿se comprueba el tipo de dieta prescrita?	100,0	--	--	--	--	Siempre	--
3. ¿Se realizan los pertinentes controles glucémicos antes de iniciar la alimentación?	93,0	4,7	2,3	--	--	Siempre	(80,94-98,54)
4. ¿Se comprueba la cantidad de comida ingerida por cada paciente al retirar la bandeja?	47,7	25,0	27,3	--	--	Siempre	(32,46-63,31)
5. Ante un paciente dependiente ¿se le presta ayuda para comer o se ofrece dicha ayuda?	85,7	7,1	2,4	4,8	--	Siempre	(71,46-94,57)
6. ¿Se toman precauciones para la broncoaspiración?	64,3	26,2	7,1	--	2,4	Siempre	(48,03-78,45)
7. ¿Es la enfermera la encargada de supervisar las dietas de cada paciente?	62,8	27,9	2,3	4,7	2,3	Siempre	(46,73-77,03)
8. ¿Se revisan a diario las dietas de los pacientes?	81,8	9,1	9,1	--	--	Siempre	(67,28-91,81)
9. ¿Se tiene en cuenta la cantidad de líquidos ingeridos en las comidas?	38,1	35,7	23,8	2,4	--	Siempre	(23,57-54,36)

1: siempre; 2: casi siempre; 3: Algunas veces; 4: Muy pocas veces; 5: Nunca; IC 95%: Intervalo de confianza al 95% de la categoría establecida en el aula

Tabla 46. Descriptivos Cuidados ofrecidos por alumnos vs tratados en el aula. Descanso y sueño.

Descanso y sueño		Cuidados ofrecidos por el					Aula	IC 95%
		alumno						
		1	1	3	4	5		
		%	%	%	%	%		
1.	¿Se tiene en cuenta las horas de sueño imperturbado de cada paciente?	48,8	25,6	20,9	4,7	--	Siempre	(33,31-64,54)
2.	¿Se favorece el descanso de cada paciente individual cuando éste lo precisa?	69,8	30,2	--	--	--	Siempre	(53,88-82,82)
3.	¿Se cuida el ambiente para incrementar el descanso de los pacientes? (ruidos, luces, temperatura, etc.)	65,1	30,2	--	4,7	--	Siempre	(49,07-78,99)
4.	¿Se considera el control dolor como un elemento favorecedor para el descanso?	93,0	7,0	--	--	--	Siempre	(80,94-98,54)
5.	¿Se verifica la acción de la farmacoterapia administrada para cercionarse del correcto descanso?	69,8	23,3	7,0	--	--	Siempre	(53,88-82,82)
6.	¿Se mantiene un horario constante para la regulación del descanso del paciente?	62,8	27,9	7,0	--	2,3	Siempre	(46,73-77,03)
7.	¿Se “molesta” a los pacientes administrándoles medicación cuando están descansando?	14,0	23,3	39,5	23,3	--	Muy pocas veces	(11,76-38,63)
8.	¿Se tiene en cuenta el ambiente habitual de sueño del paciente para su descanso hospitalario?	22,0	46,3	12,2	17,1	2,4	Casi siempre	(30,66-62,58)
9.	¿Se presta atención al estrés psicológico del paciente ante el periodo de descanso?	46,5	39,5	14,0	--	--	Casi siempre	(24,98-55,59)
10.	¿Existe preocupación profesional por si los pacientes obtienen un descanso favorecedor?	71,4	26,2	2,4	--	--	Siempre	(55,42-84,28)

1: siempre; 2: casi siempre; 3: Algunas veces; 4: Muy pocas veces; 5: Nunca; IC 95%: Intervalo de confianza al 95% de la categoría establecida en el aula

Tabla 47. Descriptivos Cuidados ofrecidos por alumnos vs tratados en el aula. Higiene.

Higiene	Cuidados ofrecidos por el alumno					Aula	IC 95%
	1	2	3	4	5		
	%	%	%	%	%		
1. En pacientes con riesgo de UPP ¿se realizan cambios posturales?	67,4	23,3	9,3	--	--	Siempre	(51,46-80,92)
2. ¿Se proporciona sólo aquella higiene que el paciente no puede hacer por sí solo?	72,1	11,6	9,3	4,7	2,3	Siempre	(56,33-84,67)
3. Ante un paciente independiente ¿se supervisan y registran las actividades que realiza de higiene diaria?	53,5	23,3	9,3	14,0	--	Siempre	(37,66-68,82)
4. ¿Se prioriza en mantener la intimidad del paciente cuando se están realizando actos de higiene sobre el mismo?	100,0	--	--	--	--	Siempre	--
5. ¿Se realizan las higienes entre dos profesionales sanitarios?	76,7	16,3	7,0	--	--	Siempre	(61,37-88,25)
6. ¿Se solicita la colaboración del paciente así como se informa al mismo de las actividades que vamos a realizar?	95,3	4,7	--	--	--	Siempre	(84,19-99,43)
7. ¿Se sigue el orden de limpio a sucio y/o de arriba abajo para realizar las higienes?	88,4	11,6	--	--	--	Siempre	(74,92-96,12)
8. ¿Se registran las actividades de higiene de los pacientes?	81,4	7,0	7,0	--	4,7	Siempre	(66,6-91,61)
9. ¿Se prepara con antelación todo el material que se va a emplear para la higiene individual de cada paciente?	88,4	11,6	--	--	--	Siempre	(74,92-96,12)
10. ¿Se procede a la higiene bucal de cada paciente o al control de la misma tras cada comida? (anotar cómo se realiza cepillado, colutorios, etc.)	16,3	11,6	32,6	30,2	9,3	Siempre	(6,8-30,7)

1: siempre; 2: casi siempre; 3: Algunas veces; 4: Muy pocas veces; 5: Nunca; IC 95%: Intervalo de confianza al 95% de la categoría establecida en el aula

Tabla 48. Descriptivos Cuidados ofrecidos por alumnos vs tratados en el aula. Eliminación.

Eliminación	Cuidados ofrecidos por el alumno					Aula	IC 95%
	1	2	3	4	5		
	%	%	%	%	%		
1. ¿Se tiene en cuenta que algunos medicamentos influyen sobre la micción?	76,7	18,6	4,7	--	--	Siempre	(61,37-88,25)
2. ¿Se procede al control de la eliminación intestinal de los pacientes?	65,1	20,9	14,0	--	--	Siempre	(49,07-78,99)
3. Ante el paciente dependiente ¿se le ayuda en el uso de los dispositivos para la micción o defecación según su limitación?	90,7	2,3	7,0	--	--	Siempre	(77,87-97,41)
4. ¿Se anota la cantidad de orina obtenida tras cada micción en la gráfica pertinente?	58,1	18,6	14,0	--	9,3	Siempre	(42,13-72,99)
5. Además de la cantidad ¿se tiene en cuenta otras características de la orina? (olor, color, presencia de elementos anormales, etc.)	86,0	9,3	2,3	--	2,3	Siempre	(72,07-94,7)
6. Si se procede a la medición de la diuresis ¿se informa al paciente de dicho procedimiento y se solicita su colaboración?	83,7	9,3	7,0	--	--	Siempre	(69,3-93,2)
7. Tras cada eliminación ¿se procede a la limpieza de la cuña o botella con lejía?	48,8	11,6	14,0	18,6	7,0	Algunas veces	(5,3-27,93)
8. ¿Se alerta al profesional correspondiente ante una diuresis inferior a la esperada?	93,0	2,3	4,7	--	--	Siempre	(80,94-98,54)
9. ¿Se realiza el cambio de guantes entre pacientes cuando se está midiendo la diuresis?	86,0	11,6	--	--	2,3	Siempre	(72,07-94,7)

1: siempre; 2: casi siempre; 3: Algunas veces; 4: Muy pocas veces; 5: Nunca; IC 95%: Intervalo de confianza al 95% de la categoría establecida en el aula

Tabla 49. Descriptivos Cuidados ofrecidos por alumnos vs tratados en el aula. Confort y seguridad.

Confort y seguridad	Cuidados ofrecidos por el alumno					Aula	IC 95%
	1	2	3	4	5		
	%	%	%	%	%		
1. ¿Se coordinan las actividades de los diferentes profesionales con el fin de que el paciente tenga una mayor comodidad?	72,7	27,3	--	--	--	Siempre	(57,21-85,04)
2. ¿Se tienen en cuenta las situaciones físicas que pueden generar incomodidad?	81,8	18,2	--	--	--	Siempre	(67,29-91,81)
3. ¿Se favorece el uso de la distracción del paciente mediante lectura de libros, televisión, etc.?	47,7	29,5	20,5	2,3	--	Casi siempre	(16,76-45,2)
4. ¿Se tiene limitado el número de visitas y el horario de las mismas?	20,5	18,2	20,5	22,7	18,2	Casi siempre	(8,19-32,71)
5. Ante la detección de riesgo de caídas ¿se extrema la vigilancia de ese paciente aunque tenga acompañante?	79,1	14,0	7,0	--	--	Siempre	(63,96-89,96)
6. ¿Se realiza el lavado de manos de los profesionales al llegar a la unidad y antes de salir de la misma?	95,5	4,5	--	--	--	Siempre	(84,53-99,45)
7. ¿Se realiza el lavado de manos de los profesionales ante cualquier contacto con el paciente?	79,5	15,9	4,5	--	--	Siempre	(64,7-90,2)
8. ¿Se instruye a la familia acerca de la importancia del lavado de manos para prevenir la infección antes de entrar a la habitación del paciente?	32,6	30,2	18,6	14,0	4,7	Siempre	(19,08-48,54)
9. Al preparar un campo estéril ¿se tiene extremo rigor al abrir y manipular el material estéril?	97,7	--	2,3	--	--	Siempre	(87,71-99,94)
10. ¿Se permanece con el paciente cuando toma la medicación oral?	7,0	20,9	39,5	25,6	7,0	Siempre	(1,46-19,06)

1: siempre; 2: casi siempre; 3: Algunas veces; 4: Muy pocas veces; 5: Nunca; IC 95%: Intervalo de confianza al 95% de la categoría establecida en el aula

Tabla 50. Descriptivos Cuidados ofrecidos por alumnos vs tratados en el aula. Dolor, valoración y tratamiento.

Dolor, valoración y tratamiento	Cuidados ofrecidos por el alumno					Aula	IC 95%
	1	2	3	4	5		
	%	%	%	%	%		
1. ¿Se aplica la escala EVA para la medición del dolor?	36,4	25,0	22,7	4,5	11,4	Siempre	(22,41-52,23)
2. ¿Conocen los profesionales la escala FACES?	74,4	11,6	7,0	--	7,0	Siempre	(58,83-86,48)
3. Además de la valoración subjetiva a través de una escala para medir el dolor ¿se tienen en cuenta los signos objetivos que evidencian el dolor?	84,1	15,9	--	--	--	Siempre	(69,94-93,36)
4. ¿Se emplean técnicas no farmacológicas para la reducción y control del dolor?	38,6	29,5	29,5	2,3	--	Siempre	(24,36-54,50)
5. ¿Se procede a la verificación de la efectividad de la analgesia tras administrar la misma?	76,7	23,3	--	--	--	Siempre	(61,37-88,25)
6. ¿Se hace uso de la escalera analgésica recomendada por la OMS para el tratamiento del dolor?	63,6	15,9	9,1	6,8	4,5	Siempre	(47,77-77,59)
7. ¿Se educa al paciente para que avise de la aparición del dolor antes de que este sea severo?	81,8	18,2	--	--	--	Siempre	(67,29-91,81)
8. ¿Se realiza una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, duración, frecuencia, calidad, intensidad del dolor y factores desencadenantes?	47,7	27,3	20,5	2,3	2,3	Siempre	(32,46-63,31)
9. ¿Se valora al menos una vez al día el nivel de dolor en cada uno de los pacientes?	77,3	11,4	9,1	2,3	--	Siempre	(62,16-88,53)
10. ¿Defienden los profesionales enfermeros un cambio en el plan de cuidados para cuando el manejo del dolor es inadecuado?	64,3	21,4	9,5	4,8	--	Siempre	(48,03-78,45)

1: siempre; 2: casi siempre; 3: Algunas veces; 4: Muy pocas veces; 5: Nunca; IC 95%: Intervalo de confianza al 95% de la categoría establecida en el aula

5 Discusión

Evaluar la adquisición de la competencia relacionada con la investigación en el Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I ha guiado esta Tesis Doctoral basada en aplicar un programa estructurado e interactivo de Práctica Basada en la Evidencia (PBE), incluyendo la vertiente clínica e intentado objetivar las posibles diferencias existentes entre teoría académica y práctica clínica. Para ello, se han desarrollado y validado una serie de herramientas de evaluación del proceso enseñanza-aprendizaje.

La investigación y, por ende, la PBE, con el actual cambio de paradigma en la enseñanza superior se encuentran respaldadas por las instituciones docentes. Parte de este apoyo, de este auge y empuje puede provenir directamente del Proyecto Tuning⁷, el cual, tal y como se ha visto en el marco teórico, verifica que entre las competencias profesionales y académicas de los profesionales de enfermería se encuentra: “Recurrir a la investigación y desarrollo para desarrollar actividades de Enfermería basadas en evidencias” (Tabla 2). Para poder recurrir a la investigación y basar las actividades de enfermería en la mejor evidencia disponible, es necesario crear un plan de enseñanza de este proceso.

La investigación y el encuentro de pruebas en el que basar las actuaciones enfermeras forman parte de una evolución ardua en el que de forma precisa el aprendizaje debe integrarse. Además, hay que tener en cuenta que la Enfermería es una disciplina eminentemente práctica, por lo tanto, disociar el aprendizaje, los conocimientos, de las habilidades necesarias para la actuación práctica y las actitudes que la misma debe poseer para actuar de forma condescendiente a la disciplina, es prácticamente imposible. Hay que integrar estas tres vertientes en un mismo poso con el fin de poder cultivar una enfermería que se nutra de su propia investigación, para que esta disciplina cada día sea un tanto más amplia y crezca nutriéndose de su propia alcurnia, con el objetivo final de ofrecer a los pacientes una atención sanitaria de calidad.

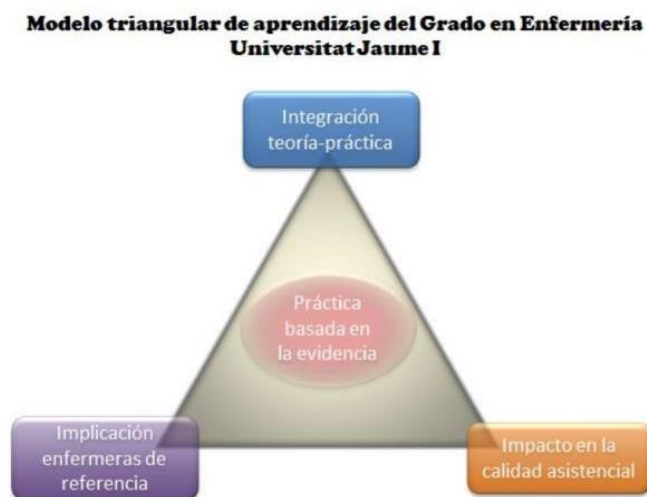
Con esta intención y teniendo en cuenta lo expuesto, se diseñó una estrategia docente basada en la evidencia, que permitiese de forma transversal, la adquisición de la competencia “Hacer valer los juicios de valor y que la práctica esté basada en la evidencia disponible”, de acuerdo con la memoria de verificación del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I.

Tabla 2: Perfil que propone Tuning para los estudios de Grado en Enfermería. Fuente: Tuning, 2011

Perfil de competencia para la cualificación
<p>Un Graduado en Enfermería o Ciencias de la Enfermería habrá alcanzado competencias específicas adquiridas a lo largo de un programa de estudios basado en el desarrollo y localizado en un entorno académico con filiación investigadora. El programa incluirá importantes componentes teóricos y prácticos obligatorios establecidos en un diálogo con las partes interesadas y las autoridades competentes.</p> <p>El graduado debería poseer conocimientos básicos de las principales disciplinas y metodologías empleadas en la profesión Enfermera. Estas cualidades deberían facultar al egresado para llevar a cabo funciones profesionales y actuar de forma autónoma dentro del área que constituya para continuar con su formación laboral o de prácticas y seguir estudiando, siempre que fuera conveniente, en un área profesional relevante o un programa de segundo o de tercer ciclo.</p>
Objetivos de competencia
<p>Un Graduado en Enfermería es capaz de:</p> <p>Competencias intelectuales:</p> <ul style="list-style-type: none">• Describir, formular y exponer cuestiones relacionadas con la profesión y opciones de actuación.• Analizar teóricamente cuestiones relacionadas con la profesión y considerarlas en la práctica.• Estructurar su propio aprendizaje. <p>Competencias profesionales y académicas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Aplicar y evaluar diferentes metodologías de importancia para la Enfermería.• Demostrar un conocimiento de las principales teorías, metodologías y conceptos de la profesión Enfermera.• Documentar, analizar y evaluar los diferentes tipos de práctica en Enfermería.• Recurrir a la investigación y desarrollo para desarrollar actividades de Enfermería basadas en evidencias. <p>Competencias prácticas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Demostrar competencia en las habilidades y competencias prácticas requeridas para la titulación.• Tomar decisiones y justificarlas basándose en su experiencia como enfermera.• Comportarse de forma íntegra y actuar dentro del marco de referencia de la ética profesional.• Demostrar capacidad y voluntad para colaborar en un marco multidisciplinar.• Tomar parte y dirigir trabajos o proyectos de desarrollo relevantes para la profesión enfermera.
Aspectos formales
<p>Requisitos de admisión:</p> <ul style="list-style-type: none">• Requisitos universitarios o equivalentes (incluye la aptitud para una disciplina basada en las personas y compromiso ético). <p>Duración:</p> <ul style="list-style-type: none">• 180-240 créditos ECTS con un mínimo de 90 créditos que atiendan a las competencias prácticas.• Recomendación de por lo menos 210-240 créditos. <p>Opciones pedagógicas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Segundo ciclo/programas de master.• Programas profesionales teóricos y prácticos.• Formación como director/gestor, especialista clínico, educador o investigador.

Como se ha expuesto en la primera parte de esta Tesis Doctoral, la literatura, no ofrece evidencia suficiente acerca de cuál es el modelo más adecuado para la formación en PBE ni tampoco aporta cual es el momento idóneo para iniciar este aprendizaje sobre PBE. Por ello, realizando un escrutinio acerca de diversas estrategias posibles, se ha determinado una estrategia docente interactiva que permita por un lado la integración de conocimientos y, por otro, la ampliación y aplicación de los mismos en un ámbito práctico-clínico aprovechando el modelo triangular que caracteriza el Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I (Figura 19), teniendo en cuenta: las dificultades encontradas, los marcos teóricos de implantación de la PBE, las herramientas de evaluación de las competencias a propósito del EEES y las barreras educativas existentes.

Figura 19. Modelo triangular de aprendizaje del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I.
Fuente: González-Chordá VM, 2013.



No se puede permitir la desvinculación de esta estrategia docente del ámbito asistencial, puesto que el alumnado va a ser dirigido en sus prácticas clínicas por profesionales de enfermería, los cuales, poseen un compromiso profundo con los estudios de enfermería y su interés va más allá de la simple creación de nuevos profesionales, encontrándose convencidos de la posible mejora de la profesión que se tiene entre manos y que autoras como Ruzafa³² también han reseñado en algún estudio: “se ha intentado mostrar el enfoque docente que desde la universidad se está otorgando a la enseñanza de la PBE, entendiendo que la formación de los futuros profesionales podría ser una de las estrategias facilitadoras del cambio”. Esta figura de los profesionales de enfermería

viene reflejada en la representación de la Enfermera de Referencia y su implicación en la formación de estos futuros profesionales de enfermería.

Es por ello, que la estrategia docente debe ser evaluada antes, durante y después del aprendizaje que lleva implícito el proceso de aprendizaje teórico-práctico-clínico, intentado, a su vez, mejorar el mismo para futuras aplicaciones. De esta forma, la comparación de las tres mediciones a través del CACH-PBE han permitido evaluar el impacto de la nombrada estrategia docente en la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes sobre la PBE.

Los resultados sobre la puntuación total de esta herramienta han permitido evaluar de forma genérica la percepción que tienen los alumnos sobre la adquisición de esta competencia. Así, se obtuvo en la medición basal una media de 79,55 ($\pm 5,23$), que aumenta en la medición final hasta los 82,87 ($\pm 7,35$) puntos. Además la comparación de las medias aporta diferencias estadísticamente significativas entre la medición basal y la intermedia y la medición basal y la final. Se percibe por tanto que la parte de la intervención educativa que se recibe en la universidad (tanto en el aula como en los laboratorios de simulación) tiene un efecto positivo. Aunque también es cierto que la medición intermedia aumenta desde la basal hasta los 84,32 ($\pm 6,34$) puntos, pero la medición final disminuye respecto a esta misma, por lo tanto, la estrategia docente se aprecia como influida negativamente por la práctica clínica asistencial.

Esta apreciación se confirma posteriormente con el análisis de las dimensiones (actitud, conocimientos y habilidades) por separado y los ítems pertenecientes. Así, realizando un profundo análisis de los resultados encontrados se halla que aunque las medias aritméticas no disminuyan de forma drástica, sino de una forma muy modesta entre la medición intermedia y la final, cabría analizar qué factores influyen en este cambio a nivel tanto de habilidades como de conocimientos. Entre los factores que más pueden intervenir es posible que influya si el alumno se desenvuelve en el ámbito clínico de la mano de su Enfermera de Referencia o por el contrario ésta no es más que una evaluadora de su proceso de aprendizaje clínico, sin influir en el mismo. Por lo tanto, se debería analizar si estudiante y Enfermera de Referencia realizan equipo de trabajo durante el periodo clínico hospitalario. Otros factores influyentes en este ámbito pueden

ser el nivel de estudios de la Enfermera de Referencia, si fuese posible, determinar el grado de implicación que tiene tanto en la formación del estudiante como en la investigación, el interés que esta posee por la PBE, si intenta trasladar a la práctica clínica asistencial la evidencia encontrada o los conocimientos que posee acerca de búsquedas bibliográficas. Todo lo anterior se une en un punto en común: los determinantes de la utilización de la investigación. Es conocido que entre estos determinantes influyen aspectos individuales y ambientales, pero en varios estudios^{30,42, 44, 65, 154-155} se concluye que la utilización de la investigación no es tanto una cuestión individual como sobre todo organizacional, debido a que los factores organizacionales explican la mayor parte del uso de la investigación, además, lo que funciona en un contexto, no tiene porqué funcionar en otro contexto similar. Por ello, se deberían tener presentes los puntos que el Proyecto Tuning¹⁰ propone a la hora de realizar una auditoría sobre la idoneidad de los entornos de aprendizaje. Se recuerda que entre estos puntos se encuentran:

- Número, experiencia, cualificación y composición del personal clínico.
- Motivación del personal.
- Investigación o práctica clínica basada en evidencias.
- Proporción pacientes/personal.
- Relación entre educadores y médicos.
- Filosofía de la asistencia en Enfermería.
- Oportunidades de aprendizaje y supervisión.
- Desarrollo del personal.
- Calidad de la asistencia al paciente.

Explorando la parte concerniente a los resultados aportados para los “Conocimientos” a través de esta herramienta, se puede vislumbrar que en todos y cada uno de los ítems planteados se aporta una influencia notable de la estrategia docente interactiva, notando, en ella un cambio favorable de los conocimientos. También, es de destacar la masiva asistencia al aula por parte del alumnado, el cual, según los resultados, asistió en un 86,7% a la clase magistral impartida en el aula sobre PBE, mientras que un 100% del alumnado asistió a la clase práctica sobre búsqueda bibliográfica impartida en el aula de informática; así esta asistencia por parte del alumno a las aulas han podido influir notoriamente en los Conocimientos sobre la PBE.

En cuanto a la dimensión “Habilidades”, la comparativa general de las tres mediciones revela que no existen diferencias estadísticamente significativas, aunque tras la comparación ítem a ítem se observa que la estrategia docente también ha tenido una importante repercusión, denotándose la mejoría de las mismas en las tres mediciones realizadas a excepción del ítem “No me siento capaz de buscar información científica acerca del tema en los repertorios bibliográficos más importantes”.

Por otro lado, también hay que reconocer que se esperaba una mayor diferencia entre las mediciones, pero dado que la metodología de la investigación en el Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I se aplica de forma transversal, hay habilidades y conocimientos que se completan en cursos posteriores. Por ejemplo, si se analiza de cerca el ítem “No me siento capaz de analizar si los resultados obtenidos en un estudio científico son válidos”, se observa que aunque el resultado final sea estadísticamente significativo, las medias no disminuyen de forma notoria, incluso, entre la medición intermedia y la medición final sufre un aumento. Que exista una mejoría es lógico debido a que entre la segunda y la tercera medición se les introduce en el mundo de la investigación y poco a poco, el alumnado, va tomando nociones y vocabulario que les ayuda a entender mejor los artículos científicos encontrados pero que esa variación en el resultado no sea la totalmente esperada también es lógico puesto que la habilidad para evaluar de forma crítica y con herramientas los artículos científicos se completa en cursos posteriores a través de la adquisición de conocimientos para la evaluación del artículo científico y su puesta en marcha en la lectura crítica.

En cuanto al apartado relativo a las Actitudes, el análisis estadístico no revela la mejoría que en los apartados anteriores se ha mostrado. Así, se deduce que la estrategia docente interactiva no ha surtido efecto a este nivel, a excepción del ítem “Me alegra que la PBE sea sólo una corriente teórica que no se ponen en práctica”.

Se han encontrado referencias acerca de la intención de la implantación de programas similares al propuesto en el Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I de forma transversal. El mayor hándicap encontrado en la literatura es la no evaluación del resultado de estos programas, con el fin de comparar los resultados obtenidos en este estudio. Además, algunos de los programas propuestos tan sólo tienen en cuenta las

Habilidades y los Conocimientos que envuelven a la PBE¹⁵⁶, otros, en cambio las Actitudes¹⁵⁷. Cabe destacar también que ninguno de los estudios encontrados implementa el aprendizaje de la PBE de forma transversal.

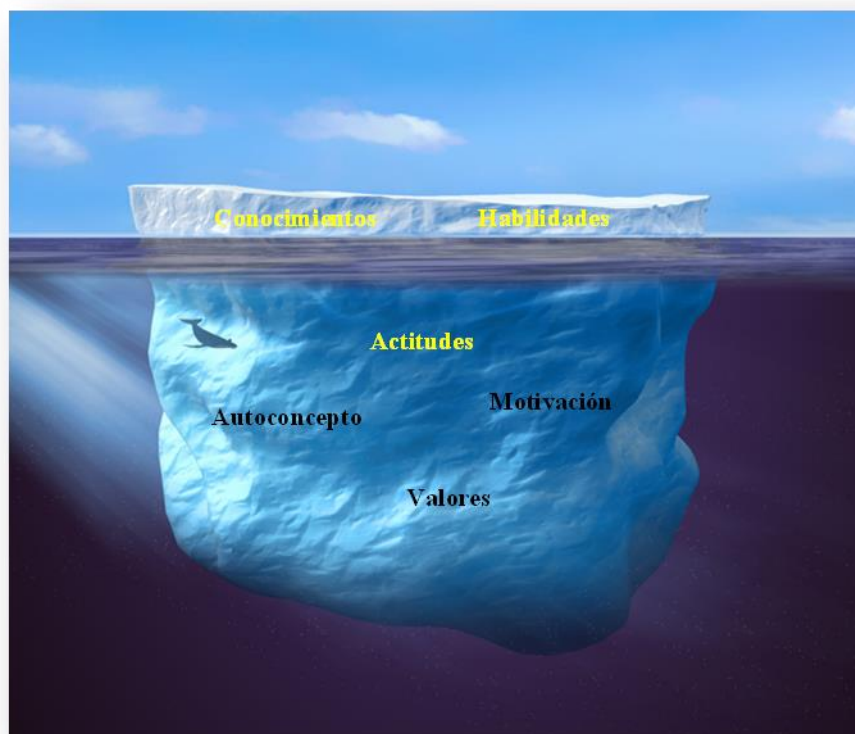
Según un estudio desarrollado en Irán¹⁵⁷, la enseñanza basada en la evidencia se muestra como una metodología docente efectiva que puede utilizarse de forma alternativa o complementaria a la tradicional, existiendo diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones pre y post intervención en el grupo control y grupo intervención en cuanto a las actitudes ante la PBE, concluyendo que el alumnado puede incorporar la cultura de la evidencia en sus hábitos de trabajo. Con esa intención de cambio es con la que trabaja el profesorado responsable de las asignaturas del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I. Otro estudio llevado a cabo en Taiwan¹⁵⁸ referente a las actitudes de los estudiantes de enfermería sobre la investigación, obtiene como resultado que tras una estrategia docente creativa el estudiantado se siente más familiarizado con el proceso de investigación, aceptando este proceso y logrando el entendimiento de las etapas y algunos conceptos que envuelven la investigación.

En España, el estudio⁸¹ que dio lugar a la validación del cuestionario CACH-PBE realizó también una comparativa de la adquisición de la competencia de PBE. La autora comparó la realización de una intervención educativa puntual sobre PBE materializada a través de una asignatura optativa que se ofertaba en el segundo curso de la Diplomatura de Enfermería en los estudios de la Universidad de Murcia. Al tratarse de una asignatura optativa pudo comparar un grupo control con uno intervención, pero al carecer de grupo control en el presente estudio se observarán los resultados hallados sobre el grupo experimental. Así pues, López-Iborra realizó las siguientes mediciones: Basal, Post-intervención y a los 6 meses de la intervención y concluyó que la asignatura de PBE impartida es efectiva pero en un determinado momento, debido a que la medición realizada a los 6 meses aporta resultados no estadísticamente significativos.

Es llamativo que tanto en el estudio llevado a cabo en Irán¹⁵⁷, en Taiwan¹⁵⁸, como en España⁸¹ se haya podido corroborar que en las actitudes existe también un cambio significativo tras cada una de las intervenciones. Lamentablemente, no se ha podido corroborar esto en esta investigación.

Una vez en este punto, cabría intentar entender el motivo de este resultado. Así pues se pasaría a tener en cuenta la teoría del Modelo de Iceberg. Esta teoría, desarrollada por el Doctor Spencer¹⁵⁹ en el año 1993 expone que existen determinados niveles en las competencias más difíciles de observar que otros. Así, explica en su diagrama de iceberg que las competencias referentes a las habilidades y los conocimientos se encuentran por encima de la línea del agua en este Iceberg imaginario, por lo tanto se determinan como competencias más fáciles de detectar y de evaluar; mientras que el autoconcepto, la motivación, los valores y las actitudes son rasgos menos fáciles de ver, debido a que se encuentran en esa línea por debajo del agua del Iceberg, de esta manera, son tanto más difíciles de evaluar (Figura 20).

Figura 20. Modelo del Iceberg. Fuente: Elaboración Propia.



El único ítem de Actitud que ha sufrido un cambio estadísticamente significativo es “Me alegra que la PBE sea sólo una corriente teórica que no se pone en práctica”. Si se analiza este ítem, se puede deducir que se encuentra íntimamente ligado a los

Conocimientos de la PBE, concluyendo que cuanto más se conoce la PBE más fácil es opinar sobre ella y aportar si se desea que se aplique en un ámbito más práctico.

A través del Modelo del Iceberg, se ha determinado que las actitudes son más difíciles de ver, de medir, de evaluar. Según la RAE una actitud¹⁶⁰ es la “Disposición de ánimo manifestada de algún modo”, mientras que el ánimo¹⁶¹ se define como: “Alma o espíritu en cuanto es principio de la actividad humana”; “Valor, esfuerzo, energía”; “Intención, voluntad”; “Atención o pensamiento”. Si la actitud se manifiesta a través del ánimo y el ánimo es una definición tan amplia, se puede deducir la complejidad que del vocablo actitud proviene. Aun así, el ánimo implica valor, esfuerzo, intención, voluntad, pensamiento; y todas y cada una de estas características pueden ser susceptibles de cambio. Este cambio puede darse como parte de un proceso madurativo y hay que reconocer que los alumnos se encuentran inmersos en ese proceso madurativo, de cambio; dado que están cursando segundo de grado. De esta forma, tanto la falta de conocimientos y habilidades con respecto a todo el entorno hospitalario, como la juventud que mayormente poseen (edad media de la muestra de 21,95 años) les hace tener una actitud no representativa en el resultado aportado por el cuestionario.

El Profesor Rué¹⁶² define la competencia como la capacidad de responder con éxito a las exigencias personales y sociales que plantea una actividad o tarea cualquiera en el contexto del ejercicio profesional. Según este autor, comporta dimensiones tanto de tipo cognitivo como no cognitivo. Una competencia es una especie de conocimiento complejo que siempre se ejerce en un contexto de manera eficiente. Las tres grandes dimensiones que configuran una competencia cualquiera son: Saber (Conocimientos), Saber hacer (Habilidades) y Ser (Actitudes). De esta forma, según la Universidad de Antioquía¹⁶³, *“las competencias se desarrollan a medida que recorremos nuestro camino [...], son un resultado de una experiencia buscada y explotada activamente por aquel que participa en ella”*, adquiriéndose tal y como muestra la Figura 21.

Figura 21. Forma en que se adquieren las competencias. Fuente: Adaptación Universidad de Antioquía.



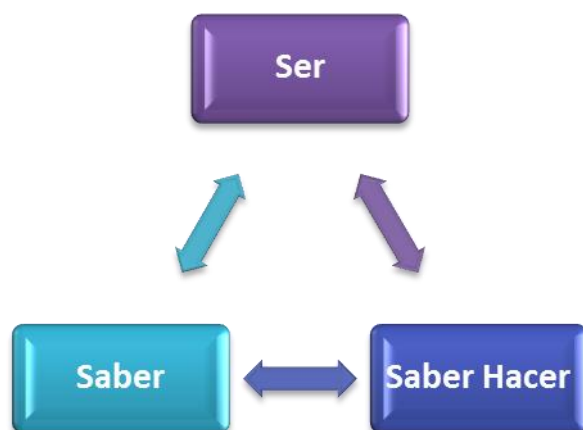
Según la figura 21, se adquiere la competencia de forma progresiva y, en esta progresión, el orden pertenecería a las actitudes en primer lugar, los conocimientos en lugar intermedio y las habilidades en última instancia. De ser así, se podría decir que no se ha conseguido alcanzar la parte correspondiente a la competencia transversal de la investigación, pero a través de este estudio, queda demostrado que la adquisición de conocimientos y de habilidades pueden darse en primer lugar, adaptando, de forma posterior ese Ser para dar lugar a las actitudes, lo que refuerza también la teoría del Iceberg. Por lo tanto, la adquisición de la competencia puede ser un tanto caótica, no ordenada, no secuencial, aunque sí escalonada; de esta manera se podría dar del modo que se presenta en la figura 22. Sin un ciclo, sin una secuencia, sino como una sucesión de fases que puede ocurrir en cualquier dirección. Se utilizará como ejemplo la competencia que se está tratando, la investigación:

- **Ejemplo 1:** Una persona puede decidir que le gusta la investigación, le atrae, hay algo en esa tarea, que le llama la atención, así, decide formarse en ella y, posteriormente la pone en práctica; tal y como se ha desarrollado esta persona ejemplo, adquiriría la competencia de forma idónea según la Universidad de Antioquía.
- **Ejemplo 2:** Ahora bien, hay que imaginar otro ejemplo de persona, una persona que comienza sus andaduras en la universidad en los estudios de Enfermería, desconociendo la vinculación de la Enfermería como disciplina a la investigación; esa persona realiza una inmersión de forma prácticamente inconsciente hacia la investigación, tomando nociones en las aulas de qué y cómo se desarrolla la misma (Conocimientos), posteriormente, la debe poner en práctica (Habilidades) a través de los

trabajos que tiene que realizar y a través de este proceso, debe demostrar su evolución con la investigación en el Trabajo Final de Carrera (Conocimientos + Habilidades + Actitudes). Este proceso, no sigue la forma secuencial planteada, sino más bien una forma un tanto caótica en el que la adquisición de la competencia viene dada por la evolución de ese estudiante en unos aprendizajes dados.

Así, las definiciones que presta la Universidad de Antioquía acerca de las competencias quedan corroboradas, pues, *“las competencias se desarrollan a medida que recorremos nuestro camino”* es cierto, pero la competencia es un concepto abstracto, difícil de conceptualizar, incluso un tanto ambiguo dependiendo de las definiciones que se tomen en consideración y, por lo tanto, ese camino no se puede marcar de forma secuencial y ordenada, sino que debe ser el alumno el que a través de su propia experiencia decida la adquisición de la competencia a través de esa *“experiencia buscada y explotada activamente”*.

Figura 22. Adquisición de la competencia. Fuente: Elaboración propia.



Queda demostrado a través del análisis, que los conocimientos y las habilidades propuestas para la PBE se han adquirido gracias a la estrategia docente planteada, quedando entonces pendiente de adquirir el Ser, la Actitud. Se ha de ser consciente que esta estrategia docente forma tan sólo una parte en la totalidad de la transversalidad de la competencia en investigación, por lo tanto, se debería demostrar en estudios posteriores si la competencia se ha adquirido de forma completa al finalizar los estudios del Enfermería, dando a entender que se deben diseñar nuevas estrategias docentes para todos los cursos del Grado en Enfermería con la intención de conseguir los objetivos

propuestos para cada año a través de la competencia transversal en investigación y comprobándose la efectividad de estas y la evolución de los alumnos en cuanto a la PBE se refiere, a través del CACH-PBE.

Por último es de destacar, que los resultados obtenidos de los ítems del cuestionario CACH-PBE son idénticos a los resultados obtenidos en las variables relativas a las cuestiones genéricas sobre la PBE. De esta forma, los ítems que hacen referencia a la actitud no muestran diferencias estadísticamente significativas, dando a entender que de forma general, la actitud no sufre cambios a través de la estrategia, mientras que los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas sí sufren cambios estadísticamente significativos. Que ambos resultados coincidan es muy positivo debido a que se da a entender que los alumnos identifican de forma cognitiva la misma percepción acerca de unos ítems y otros, demostrando el CACH-PBE, ser una buena herramienta para la evaluación de estrategias docentes relacionadas con la PBE. De esta manera, valorar las habilidades, los conocimientos y las actitudes hacia una determinada área no es tarea fácil, pero teniendo las herramientas adecuadas se allana el camino.

Asimismo, con esta misma herramienta, se calculó la posible relación existente entre la misma y las notas obtenidas en la asignatura de Cuidados Básicos de Enfermería, observando que la relación era muy débil y que prácticamente no se podía establecer relación ninguna entre el CACH-PBE y las notas obtenidas por los alumnos. Aunque ciñéndose estrictamente al cálculo estadístico se puede observar que existe una relación inversa entre la puntuación obtenida en la dimensión de actitud del CACH-PBE y la nota obtenida en el apartado teórico de la asignatura de Cuidados Básicos en Enfermería.

Por otro lado, al tratarse de una estrategia de aprendizaje que se desarrolla tanto en el aula como en el ámbito clínico, hay que considerar la existencia de una brecha entre teoría y práctica. En términos generales, se puede definir la brecha entre la teoría y la práctica como la discrepancia entre lo que el estudiante aprende en el aula (teoría) y lo que percibe o experimenta que realmente sucede en la clínica (práctica). Hay algunos autores¹⁶⁴ que defienden que lo que realmente existe no es un Gap Teoría-Práctica, sino más bien un Gap Teoría-Teoría, dado que la teoría impartida en un aula en enfermería

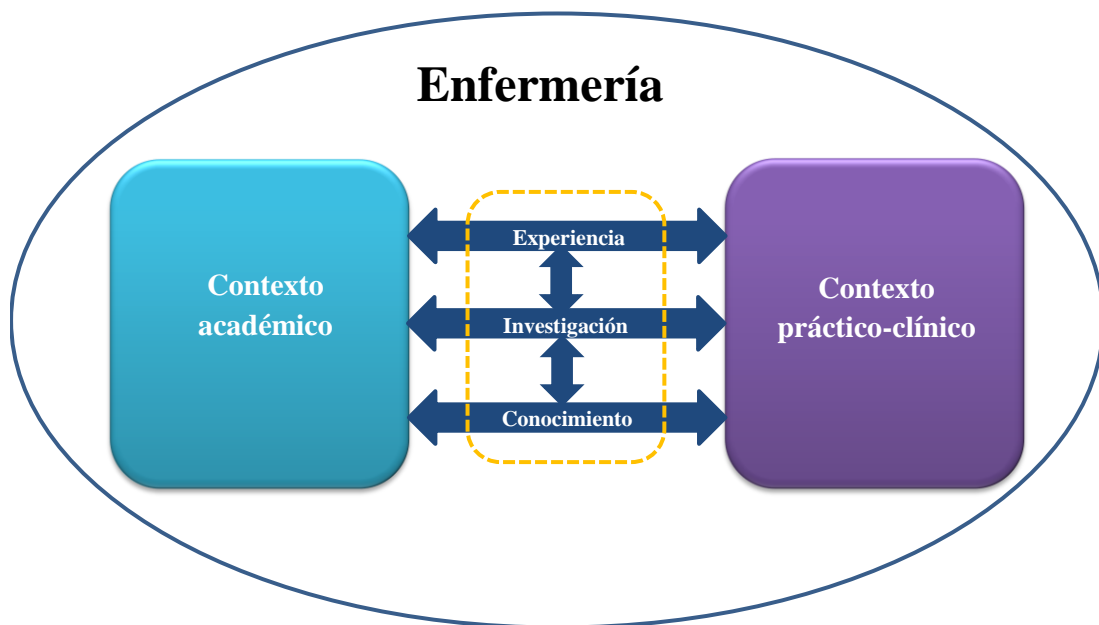
se basa en la práctica, y la falta de experiencia provoca un vacío relacionado con los conocimientos en la práctica clínica en enfermería que repercute de forma directa en la teoría impartida en el aula. Ambos conceptos son complementarios, pues pueden darse de forma simultánea. Si se observan ambos fenómenos como concurrentes, la disparidad entre los conocimientos aportados en el aula y, por ende, el aprendizaje teórico realizado por los alumnos, y el aprendizaje realizado por los mismos en el entorno clínico puede ser tan abismal que se perciba que uno u otro aprendizaje ha resultado en vano.

Estos hechos se han demostrado en varios estudios. Así, Hasson, McKenna y Keeney¹⁶⁵ tras el análisis de los datos obtuvieron que los estudiantes de enfermería percibían que la formación no les preparó para la realidad clínica, sin embargo, la evolución del alumnado en dicha clínica les supuso un progreso en el que se volvieron conscientes de los aprendizajes que el entorno clínico requiere. Landers¹⁶⁶ añade que los profesores de enfermería deberían ser expertos clínicos con el fin de tener la capacidad de integrar la teoría con la práctica, debido a que esta experiencia es la que permitirá identificar los métodos adecuados para enseñar a los alumnos que las construcciones teóricas se sustentan y a la vez desarrollan la práctica enfermera, dando a entender que el problema de la brecha teoría práctica es un problema multifacético. Corlett¹⁶⁷ identifica que mientras que los estudiantes de enfermería perciben una gran brecha entre la teoría académica y la práctica clínica, los profesores perciben que esta brecha es casi inexistente. Además, se determinó mediante su estudio que el problema no fue siempre la falta de conocimiento, sino también la dificultad para aplicar dicho conocimiento en el entorno práctico. Algunos profesores, determinaron que el Gap Teoría-Práctica suponía una ventaja y que incluso podría ser beneficioso, pues invitaba a los alumnos a desarrollar el Aprendizaje Basado en Problemas y las habilidades de reflexión, haciéndose patente que cuando un alumnos se enfrenta a una brecha teórico-práctica, el estudiante tiende a restar credibilidad al profesor, en lugar de hacer un análisis crítico de lo que ha observado en la práctica.

Por lo tanto, tal y como se muestra en la Figura 23, en los estudios concernientes a Enfermería debería existir una especie de membrana permeable entre la teoría y la práctica que permitiera el paso continuo de conocimientos y experiencias. Estos conocimientos y experiencias pueden sustentarse y retroalimentar a la investigación,

que a su vez debe complementar los conocimientos carentes en la práctica clínica y avanzar en pro de esta. Así, tal y como se exponía en el apartado del marco teórico, tal vez, la enseñanza universitaria a nivel de Grado debería centrarse más en formar a consumidores de evidencias científicas que a formar investigadores.

Figura 23. Sellar la brecha teoría práctica. Fuente: Elaboración propia.



El profesorado del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I trabaja con esa intención, en esa dirección y, con el propósito de estrechar la posible brecha existente, los estudios del grado nombrado poseen un recorrido de aprendizaje teórico-práctico-clínico de cada una de sus materias. Este aprendizaje teórico-práctico-clínico intenta subsanar parte de los que los estudios anteriores han corroborado. Así, un alumno empieza su aprendizaje teórico en una materia del grado, esta teoría se procura que esté actualizada y basada en la mejor evidencia disponible. Posteriormente, se atraviesa un periodo práctico en laboratorio de simulación en el que se pretende realizar una aplicación práctica de la teoría vista en el aula, intentando paliar la dificultad para aplicar el conocimiento en el entorno práctico que identificaba Corlett¹⁶⁷ en su estudio. Y, como último paso en su aprendizaje en una materia cualquiera, el alumno transfiere ese conocimiento a la realidad asistencial, donde tiene que aprender a desenvolverse en un entorno clínico real, con pacientes reales como profesionales enfermeros en la

materia que estén estudiando en esos momentos, de la mano, por supuesto, de sus tutores clínicos desde la Universitat y la Enfermera de Referencia desde la unidad clínica asignada trabajando de forma conjunta. Con este recorrido se procura realizar en el alumno un aprendizaje integrado (Teoría-Práctica) finalizando el periodo de una materia cualquiera con la culminación clínica para dejar la impronta en la que el alumno haga fehaciente ese conocimiento adquirido.

Este recorrido es el que recomienda Scully¹⁶⁸ desde su propia experiencia como estudiante pregrado en Enfermería. En su reflexión, esta autora, expone las barreras que existen en la adquisición de las competencias en la enseñanza de enfermería, según la literatura. Entre estas barreras se encuentran: una necesidad de pasar tiempo de prácticas más realistas en un entorno controlado en los laboratorios universitarios, la socialización con el ámbito clínico, el papel del profesor clínico en la transferencia de habilidades académicas para prácticas y la importancia de la colaboración entre la universidad y la educación clínica. Por supuesto, también hace patente que toda la responsabilidad no pertenece únicamente al entorno universitario y al entorno práctico-clínico, sino que también reprende que el estudiante debe ser responsable de su propia educación, invitándolo a ser críticos con el sistema y a reflexionar sobre su propio aprendizaje. Añade además, dos puntos importantes no diferenciados en su artículo, pero que, tras las descripciones vertidas se pueden vislumbrar. Así, asocia la experiencia clínica del profesor universitario en enfermería con la destreza en enseñar la enfermería desde un punto de vista más práctico en el que teoría académica y práctica clínica coincidan (Gap Teoría-Teoría), añadiendo que esto hace aumentar los niveles de ansiedad de los alumnos en su introducción en el ámbito clínico.

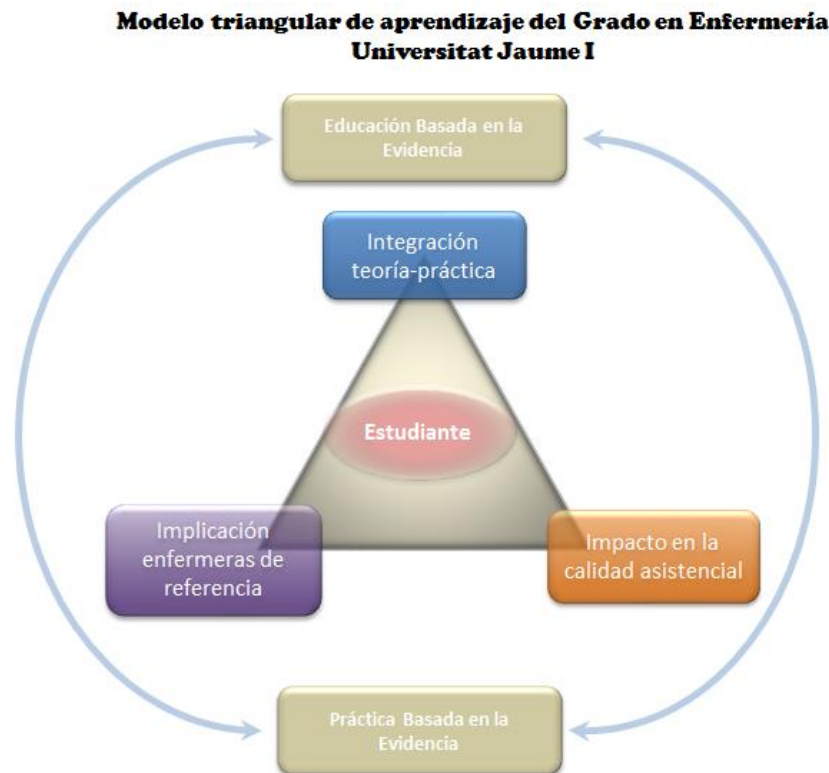
Siguiendo con la misma autora, aporta que el educador de enfermería clínica desempeña un papel fundamental en el proceso de cerrar la brecha entre teoría y práctica. Así, debe ser visto como un modelo a seguir, siendo capaz de desafiar a los estudiantes a construir las nuevas competencias adquiridas sobre las bases de conocimientos teóricos ya existentes; conservando una buena relación mentor-estudiantes que facilita la integración del estudiante en la clínica y la comprensión de los conocimientos teóricos en la práctica clínica, poniendo en marcha un proceso de reflexión profundo en el estudiante. Este es justo el papel que se pretende que las Enfermeras de Referencia

desarrollen junto con los tutores de prácticas del Grado en Enfermería con los alumnos. Para ello se forman estas figuras de Enfermeras de Referencia.

Formar a estos profesionales no es el fin del proceso en el que la enseñanza de los estudiantes en el entorno clínico se vierte en sus manos sin más parte desde la vertiente académica, ya que, se procura desde los despachos universitarios mantener una estrecha vinculación con las Enfermeras de Referencia, reforzando su labor y apoyando sus decisiones clínicas desde la práctica basada en la evidencia, siguiendo de cerca la evaluación de cada estudiante. Esta parte también es destacada en el artículo de Scully¹⁶⁸ en el que se remarca que la relación entre la universidad y los educadores clínicos es primordial para cerrar la brecha existente, apuntando que el papel del académico es transferir conocimientos teóricos y preparar al alumno para la práctica clínica, mientras que compete al educador clínico la aplicación práctica de esos conocimientos transferidos.

Por lo tanto, tras la aportación de esta autora, se puede entender que el Modelo triangular de aprendizaje del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I, evolucione a un modelo que integre al alumno en el epicentro de su propio aprendizaje con ciertos elementos que se conjugarán con el fin de que ese aprendizaje teórico-clínico no difiera con la realidad asistencial, cerrando la brecha teórico-práctica que pudiese existir (Figura 24). Entre estos elementos se encuentran el desempeño de la labor asistencial en el ámbito clínico por parte de las evaluadoras del proceso de aprendizaje de los alumnos desde la Práctica Basada en la Evidencia, teniendo en cuenta que ello repercutirá directamente en la calidad asistencial del paciente, siendo conscientes desde ambas vertientes que toda la educación impartida en el aula y llevada a cabo en los laboratorios de simulación debe también estar basada en la mejor evidencia disponible, debido a que carece de sentido impartir una asignatura puntual de Práctica Basada en la Evidencia o de Enfermería Basada en la Evidencia, si otras asignaturas basan sus aportaciones teóricas en materiales didácticos obsoletos.

Figura 24. Nuevo modelo triangular de aprendizaje del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I. Fuente: González-Chordá VM & Mena-Tudela D.



Por todo lo expuesto, en esta Tesis Doctoral se analiza de forma paralela la posible existencia de diferencias entre los Cuidados Básicos de Enfermería aplicados a los pacientes por los alumnos y los llevados a cabo por los profesionales de las distintas unidades; y los Cuidados Básicos de Enfermería impartidos en el aula y desarrollados en los laboratorios de simulación y los posteriormente ejecutados en el ámbito clínico en dos objetivos específicos diferentes con la intención de que un análisis no enmascare los resultados del otro. Para ello, en primer lugar se elaboró el Cuaderno de Cuidados Básicos Basados en la Evidencia en el que se establece, semana a semana, cada uno de los Cuidados Básicos impartidos en el aula. Además, en cada una de las semanas, se realizan diversas preguntas acerca de ese cuidado concreto con la intención de, por un lado, invitar al alumno a indagar sobre la realización de esta práctica en el ámbito clínico y, por otro, invitar al alumno a reflexionar acerca de estos cuidados.

Este instrumento se elabora en base a dos escalas Likert, de este modo, eran necesarias las comprobaciones pertinentes acerca de la fiabilidad del Cuaderno de Cuidados Básicos Basados en la Evidencia. De esta manera, se comprobó que el Cuaderno obtenía

una buena consistencia interna con un valor en Alfa de Cronbach de 0,92 general, por lo que se procedió a su análisis semana a semana para poder lograr un mayor análisis de este y conseguir una crítica estadística mayor. Así, en el análisis semanal, se obtienen unos resultados también aceptables, eliminando de forma definitiva el ítem “Ante un paciente con dificultad para la eliminación intestinal ¿se aplican medidas no farmacológicas además de las pautadas por el médico?” ubicado en la Semana 6 del diario, el cual, hace aumentar de forma considerable el estadístico de Alfa de Cronbach de un 0,694 a un 0,733, modelando este resultado de Cuestionable a Aceptable.

KMO y Barlett no invitan a la ejecución del análisis factorial, debido a que KMO muestra unos resultados de asociación entre variables semana a semana entre Mediano y Muy bajo, mientras que Barlett no muestra significación estadística en la aplicación del análisis factorial. Esto puede ocurrir por varios motivos, pero el principal de ellos puede ser debido a que cada uno de los ítems elegidos para la construcción de la escala semana a semana no está relacionado con ningún ítem de la misma escala. La única relación existente es que cada uno de los ítems trata sobre el mismo Cuidado Básico, pero debido a que se pretendía que en pocas preguntas (pocos ítems) los alumnos reflexionaran al máximo sobre un mismo cuidado, la disparidad entre estos ítems determina una relación mayormente baja entre ellos.

Tras estas comprobaciones sobre el Cuaderno de Cuidados Básicos Basados en la Evidencia, se procede al análisis de la comparación teoría-práctica de la materia Cuidados Básicos en Enfermería. Así, se calculan los intervalos de confianza observando que cada uno de ellos obtienen el parámetro poblacional. Además, el Test de Ji-cuadrado y el estadístico exacto de Fisher ponen en evidencia que no existen diferencias entre los Cuidados Básicos ejecutados por alumnos y Enfermeras de Referencia en el ámbito clínico. Determinando desde ambas vertientes que no existe Gap Teoría-Teoría, ni Gap Teoría-Práctica en la materia de Cuidados Básicos en Enfermería perteneciente a los estudios del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I en relación a las unidades de hospitalización donde los alumnos realizan sus prácticas asistenciales.

Esta herramienta, además, se estima que podría servir como instrumento para la evaluación de los mismos alumnos semana a semana y observar, a través, del Cuaderno, la implicación del alumnado en los cuidados detallados. Cabría determinar en otro estudio, si existe, la diferencia de los Cuidados Básicos llevados a cabo en los distintos hospitales, es decir, la existencia de variabilidad de la práctica clínica existente respecto a los Cuidados Básicos, dado que los alumnos van a realizar sus prácticas clínicas en 6 hospitales distintos, por lo tanto, cabría estimar si existen diferencias estadísticamente significativas sobre la ejecución de los Cuidados Básicos Basados en la Evidencia entre los hospitales, con la intención de seleccionar los puestos más idóneos para el aprendizaje del alumnado sobre Cuidados Básicos en Enfermería. Además, hay que tener en cuenta que los datos son aportados por los propios alumnos, así cabría reflexionar acerca de si los cuidados ofrecidos por los profesionales de enfermería son exactamente esos, aunque cabe la posibilidad de que sea así dado que los alumnos observan los cuidados ejecutados por sus Enfermeros de Referencia.

Como se ha podido observar a través de la literatura y a través del modelo triangular de los estudios del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I (Figura 22), este resultado pertenece a la gran labor y el gran esfuerzo puesto en el desempeño y aprendizaje de los alumnos desde la colaboración profunda entre academia y clínica. No sería posible obtener unos resultados de este calibre sin que la parte asistencial que colabora de forma desinteresada pero con un gran compromiso profesional se implicara en constituir un aprendizaje desde la base de la Práctica Basada en la Evidencia con la intención de sustentar, desde el inicio de la formación, un cambio que procure repercutir posteriormente a mejor en la práctica asistencial en pro de aumentar la calidad de los cuidados de enfermería.

Se debe ser consciente que el establecimiento y meseta de ese cambio profundo en la práctica asistencial enfermera no depende de forma única a lo que la vertiente académica sea capaz de aportar en pro de esa mejora, puesto que existen una serie de factores que tal y como Maben, Latter & Macleod Clark¹⁶⁹ destacan en su investigación, afectan, y contribuyen en forma de impedimento a seguir desempeñando la labor asistencial basándose en la evidencia tras la graduación de los alumnos de enfermería, entre ellos, la no coincidencia de las estructuras de trabajo profesionales y burocráticas

en enfermería (Tabla 51). Aunque estos factores, se deberían tratar en estudios posteriores.

Tabla 51. Comparación de las estructuras profesionales y burocráticas en el desempeño de la enfermería. Fuente: Maben, Latter & Macleod Clark.

Vertiente profesional	Vertiente burocrática
La confianza en la evidencia y la experiencia para facilitar la toma de decisiones	La confianza en las reglas y protocolos para facilitar la toma de decisiones
Organización de tareas de forma holística	Organización de tareas por partes
Enfermera cualificada que se compromete al cuidado integral del paciente	El cuidado del paciente fracturado y distribuido en los diferentes grado de enfermería
Poder derivado de la experiencia	Poder derivado de la posición jerárquica
Atención individualizada en la necesidades del paciente	Cuidados estandarizados para todos los pacientes
Evaluación del proceso	Evaluación de los resultados
Enfoque de “Caring”	Actitud distante y defensor del personal
Filosofía de holismo	Filosofía de paternalismo
Autonomía profesional	Dependencia profesional
Ideas de innovación	Innovación no aceptada si va en detrimento de las reglas y el orden ya establecido

Otra forma de conseguir cerrar la brecha teoría-práctica es, según Swardt, Toit & Botha¹⁷⁰ la implantación de la técnica de Reflexión guiada. Estas autoras, determinan que la reflexión guiada tiene efectos positivos sobre la integración teoría-práctica, la calidad de la atención enfermera y el ambiente de aprendizaje clínico. Así, mediante la reflexión guiada es posible aportar la expresión de sentimientos incómodos, dilemas éticos e incluso procesos de pensamiento complejos que podrían resolverse facilitando el proceso, lo que tendría un impacto positivo en la atención de la calidad al paciente. Concluyen las autoras que se recomienda la reflexión guiada como método de enseñanza y estrategia de aprendizaje para mejorar la integración teoría-práctica en enfermería, coincidiendo con las aportaciones expuestas del Profesor Medina¹⁰⁶ en el apartado del marco teórico.

Existen diferentes métodos que pueden ser utilizados con el fin de reflexionar, por ejemplo, la reflexión guiada, los debates en grupos y los diarios reflexivos. El método utilizado en la presente Tesis Doctoral ha sido el Diario Reflexivo.

Con la intención de guiar el proceso de reflexión para facilitar al alumno el mismo, se utilizó el Cuaderno de Cuidados Básicos Basados en la Evidencia como instrumento de apoyo a la reflexión, aportando en el diario las experiencias vividas por los alumnos en cada uno de los cuidados tratados semana a semana, añadiendo que se les presentó el instrumento a través del que cada uno de los Diarios Reflexivos se evaluarán. Esta Rúbrica utilizada, elaborada, diseñada e integrada de forma concreta para la evaluación de estos diarios reflexivos, integra la técnica del Incidente Crítico¹¹²⁻¹¹⁴ (IC). Este IC permite la descripción de los sucesos chocantes que ocurran, tanto de forma positiva como negativa. Además, es necesaria la expresión de sentimientos o sensaciones a través del IC, lo que facilita la reflexión, el aprendizaje y el salir reforzado de esa situación encontrada. Así, las autoras¹⁷⁰ anteriormente nombradas, incluyen que en la reflexión, los estudiantes deben aportar: a) la descripción de los incidentes encontrados, b) el análisis crítico de los conocimientos, c) el análisis crítico de los sentimientos y d) el cambio de perspectiva experimentado.

La rúbrica permite objetivar la evaluación de una técnica narrativa como el diario reflexivo, dado que existen unos criterios cerrados que deben cumplirse para poder establecer un nivel de evaluación.

Se ha expuesto anteriormente que en el curso académico 2013-2014 los alumnos realizan prácticas clínicas en 6 hospitales diferentes y, dentro de los mismos, llegan incluso a establecerse en 14 servicios diferentes. Dada la dispersión geográfica que ello supone, la asignación de tutores de seguimiento clínico desde la Universitat Jaume I debe ser también amplia, con un total, de 6 tutores responsables de los alumnos. Cada uno de estos tutores, dirigirá el trabajo de reflexión de los alumnos asignados. Por lo tanto, unificar los criterios de corrección y objetivar la evaluación facilita la tarea. De esta manera la rúbrica creada para la evaluación del Diario Reflexivo, debía ser validada para asegurar la unificación de la evaluación de los alumnos. Los estadísticos y el trabajo de los expertos, han aportado unos resultados consistentes en este proceso. Así, el Alfa de Cronbach obtenida por el instrumento es de 0,796, indicando una elevada

fiabilidad interna del instrumento. Esta fiabilidad podría haberse aumentado eliminando el nivel correspondiente a “El DR refleja el cuidado básico llevado a cabo la semana correspondiente”, pero debido a la ínfima diferencia estadística entre retirar el criterio o seguir con él, se decide no prescindir del mismo.

El Coeficiente de Correlación de Spearman revela que existe una correlación destacada en cada uno de los niveles establecidos en la Rúbrica, lo que indica un aporte positivo en esta, obteniendo relaciones entre criterios que oscilan desde el 82,1% hasta el 54,1%. La validez de contenido llevada a cabo según la metodología de Polit & Beck muestran que criterio a criterio se obtiene un instrumento excelente, con una puntuación global excelente, y añadiendo una validez elevada para cada uno de ellos a excepción del Criterio 3 (“El DR aporta cómo se siente el alumno ante un incidente crítico”) en el que obtiene una validez buena (0,89). Por último, los resultados aportan que la corrección de forma paralela por tres correctores independientes de los primeros Diarios Reflexivos escritos por los alumnos determinados a través del test de Kruskal Wallis, es la misma, es decir, el instrumento realiza la misma medición por observadores independientes en 5 de sus 6 criterios. Estos resultados invitan a concluir que se ha conseguido validar una Rúbrica para evaluar los Diarios Reflexivos con integración del IC en las prácticas clínicas.

Es muy positivo este resultado, ya que, en este caso se desmitifica lo que la Agencia Laín Entralgo¹⁷¹ aporta sobre la evaluación de las prácticas clínicas, expresando que “*en muchas ocasiones se adolece de un sistema claro, único y objetivo de valoración*”. La misma Agencia, añade que es necesario tener en cuenta que “*el estudiante programa y estructura el aprendizaje sobre la base del sistema en el que se le va a evaluar*”, hecho que el Cuaderno de Cuidados Básicos Basados en la Evidencia junto con la Rúbrica elaborada permiten establecer a través del método del Diario Reflexivo. Además esta Rúbrica permite completar todo un proceso de evaluación del aprendizaje clínico en el que “*la evaluación de la práctica no supondrá únicamente la repetición de una determinada técnica, ni la demostración de la destreza necesaria, sino que deberá contener la evidencia de que posee el razonamiento necesario para saber el cómo y el por qué, y es capaz de sustentarlo con bases teóricas y referencias bibliográficas*”.

Tal vez, para que el proceso de evaluación de las prácticas clínicas se encuentre en un proceso 100% realizado, determinado por la Evaluación 360°, cabría tener en consideración la opinión del alumno sobre su competencia, es decir, su autoevaluación. La Evaluación 360° es una herramienta de evaluación que permite ser evaluado por todo el entorno que envuelve al ser en cuestión. Este entorno, desde un punto de vista jerárquico ocupa desde el superior, los iguales y los subordinados, hasta una autoevaluación. Hay autores¹⁷² que defienden que esta técnica no puede utilizarse a no ser que se utilice en determinadas condiciones como: un contexto no amenazador ni conflictivo (ambiente de confianza), confidencialidad en el ámbito individual, transparencia en el ámbito colectivo; dependiendo además de la autodescripción de las competencias y la descripción de las competencias realizada anónimamente por otras personas que conocen al evaluado. Otros autores¹⁷³ aportan que este tipo de evaluación es ideal para evaluar las competencias transversales, teniendo como contrapartida una sobrecarga enorme de trabajo tanto para el profesor como para el estudiante. Esa sobrecarga es lo que se visualiza como punto débil del proceso, ya que ha representado un sobreesfuerzo no siempre valorado por la comunidad docente.

Teniendo en cuenta los pros y contras de esta técnica de evaluación, cabría la posibilidad, en estudios futuros, de aplicar la Rúbrica diseñada como instrumento para realizar autoevaluaciones sobre los Diarios Reflexivos, como culminación del proceso evaluativo en las prácticas clínicas de los alumnos.

Como resumen de todo el contenido de la presente Tesis Doctoral se enfatiza que esta comienza con el diseño de una estrategia docente interactiva que será impartida en la asignatura de Cuidados Básicos en Enfermería. Esta materia se imparte desde la Práctica Basada en la Evidencia, dado el carácter transversal de esta competencia en el Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I, dando lugar a los Cuidados Básicos Basados en la Evidencia. Como la estructura del grado permite la integración teoría-práctica en los laboratorios de simulación de la Universitat, así se ejecuta en la materia nombrada, llegando los alumnos a la práctica clínica asistencial de la mano de las Enfermeras de Referencia, previamente formadas en PBE en la Universitat por el mismo profesorado que imparte el Grado. Además, durante las prácticas asistenciales existe un vínculo inseparable con los tutores de la Universitat que refuerza la labor de

las Enfermeras de Referencia y que son encargados de parte del proceso de evaluación del alumno con la Rúbrica a través del Diario Reflexivo.

Limitaciones del estudio

Entre las limitaciones del presente estudio se puede encontrar la utilización del tipo de estudio cuasi-experimental que, siendo una alternativa cuando no es posible aleatorizar una intervención o cuando no es posible tener un grupo control, no carece de limitaciones, siendo estas que no se puede asegurar que los cambios aparecidos sean debidos a la propia intervención, debido a que pueden existir otros factores no controlados. Además, existe la posibilidad de aparecer el efecto Hawthorne y de la regresión a la media.

Hay que tener en cuenta que los datos han sido recogidos por los estudiantes y, por lo tanto, puede haber algún tipo de sesgo relacionado con los Cuidados Básicos que se supone que se ejecutan, fundamentalmente debido a que en todas y cada una de las herramientas utilizadas en el presente estudio, a excepción de la rúbrica, se obtienen los datos mediante observación indirecta (CACH-PBE y Cuaderno de Cuidados Básicos Basados en la Evidencia) de los hechos, por lo tanto, la información obtenida es la percepción del alumno sobre estos datos.

En cuanto a la validación de la rúbrica, no se ha encontrado literatura con soporte metodológico suficiente para la realizarla bajo supuesta evidencia. De este modo, se han hallado diversos estudios que aplicaban diferentes metodologías para la validación del contenido de la misma, realizando, en esta Tesis Doctoral una combinación de ambas metodologías que han aportado un resultado positivo, pero desconociendo si, en cualquier caso este es el método ideal de validación de esta herramienta.

Por último, el tamaño de la muestra es pequeño y se ha realizado un muestreo por conveniencia, ya que el estudio se ha llevado a cabo sobre un único curso. Se plantea mantener esta estrategia en las siguientes promociones, de modo que se podrá aumentar el tamaño muestral.

6 Conclusiones

1. Tal y como se plantea en la hipótesis del presente estudio, se ha podido corroborar que la aplicación de un programa de Práctica Basada en la Evidencia estructurado e interactivo desde el inicio de una asignatura hasta el fin de la misma, incluyendo la vertiente clínica y objetivando las posibles diferencias entre teoría académica y práctica clínica, mejora la adquisición de la competencia específica de Práctica Basada en la Evidencia.
2. La estrategia docente interactiva de Práctica Basada en la Evidencia tiene implicaciones directas relativas a la adquisición de la competencia de Práctica Basada en la Evidencia en la asignatura de Cuidados Básicos en Enfermería.
3. El CACH-PBE se muestra como una herramienta ideal para la medición de la percepción del alumnado en la consecución de la competencia de PBE.
4. Existe una relación inversa entre la puntuación obtenida en la dimensión de actitud del CACH-PBE y la nota obtenida en el apartado teórico de la asignatura de Cuidados Básicos en Enfermería.
5. Gracias al modelo triangular de aprendizaje del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I se ha podido integrar el conocimiento teórico con el práctico desmitificando la existencia de una brecha entre la teoría y la práctica.
6. La integración de la Práctica Basada en la Evidencia con la teoría académica y su posterior aplicación práctica en los laboratorios simulados y la realidad asistencial permiten que los alumnos visualicen un entorno único de aprendizaje sin fraccionar el mismo, dando a entender que no existen diferencias entre lo aprendido en el aula y lo ejecutado en la clínica.
7. Se ha validado un instrumento que permite la objetividad a la hora de evaluar el diario reflexivo realizado por los alumnos en las prácticas clínicas asistenciales.
8. La práctica reflexiva ayuda a la integración del conocimiento por parte del alumno, pero para ello es necesario vertebrar cada uno de los elementos integrantes de ese conocimiento, como son en este caso el tutor de la Universitat Jaume I, la Enfermera de Referencia y el alumno.

7 Índices de tablas, figuras, fórmulas y gráficos

Índice de tablas

Tabla 1. Competencias genéricas propuestas por el Proyecto Tuning. Fuente: Tuning Educational Structures in Europe. 2003.	16
Tabla 2. Perfil que propone Tuning para los estudios de Grado en Enfermería. Fuente: Tuning, 2011.....	18
Tabla 3. Competencias de los estudios de Grado en Enfermería contempladas en la Orden CIN 2134/2008. Fuente: Orden CIN 2134/2008.	22
Tabla 4. Integración de la investigación en el Programa Formativo del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I. Fuente: Adaptado de Salas-Medina P, Mena-Tudela D, Cervera-Gasch A, González-Chordá VM, Folch-Ayora A, Lapeña Moñuz Y et al ⁸⁸	64
Tabla 5. Fecha de entregas del Diario Reflexivo.....	118
Tabla 6. Organización de las prácticas de simulación de Cuidados Básicos de Enfermería.	120
Tabla 7. Entrega de los Diarios Reflexivos por parte del alumnado.	121
Tabla 8. Datos sociodemográficos. Sexo.....	131
Tabla 9. Grado de estudios de la muestra.....	132
Tabla 10. Distribución de la muestra por acreditación idiomática	134
Tabla 11. Distribución de la muestra por nivel de acreditación idiomática	134
Tabla 12. Comparación de medias de la puntuación total del CACH-PBE	135
Tabla 13. Estadísticos descriptivos por dimensiones: Actitudes, Habilidades y Conocimientos.....	137
Tabla 14. Comparación de medias en la dimensión Conocimientos	138
Tabla 15. Estadísticos descriptivos por ítems. Actitudes.	139

Tabla 16. Estadísticos descriptivos por ítems. Habilidades.....	140
Tabla 17. Estadísticos descriptivos por ítems. Conocimientos	141
Tabla 18. Descriptivos y comparación de las puntuaciones de los ítems de valoración genérica de la PBE.....	143
Tabla 19. Fiabilidad interna del instrumento si se elimina algún elemento.	147
Tabla 20. Correlaciones entre los criterios de la rúbrica. Consistencia interna del instrumento.....	148
Tabla 21. Validez de Contenido por panel de expertos del Criterio 1 de la rúbrica y sus niveles de evaluación.....	151
Tabla 22. Validez de Contenido por panel de expertos del Criterio 2 de la rúbrica y sus niveles de evaluación.....	151
Tabla 23. Validez de Contenido por panel de expertos del Criterio 3 de la rúbrica y sus niveles de evaluación.....	152
Tabla 24. Validez de Contenido por panel de expertos del Criterio 4 de la rúbrica y sus niveles de evaluación.....	152
Tabla 25. Validez de Contenido por panel de expertos del Criterio 5 de la rúbrica y sus niveles de evaluación.....	153
Tabla 26. Validez de Contenido por panel de expertos del Criterio 6 de la rúbrica y sus niveles de evaluación.....	153
Tabla 27. Validez de contenido global del instrumento.	154
Tabla 28. Grado de concordancia interobservador.	154
Tabla 29. Alfa de Cronbach si se elimina algún ítem para la hemodinámica.	155
Tabla 30. Alfa de Cronbach si se elimina algún ítem para la alimentación.	156

Tabla 31. Alfa de Cronbach si se elimina algún ítem para la eliminación.	157
Tabla 32. Interpretación de la consistencia interna por cuidados. Consistencia interna global del instrumento.	158
Tabla 33. KMO y Prueba de esfericidad de Barlett por cuidados.	158
Tabla 34. Correlación existente entre las Notas obtenidas en la asignatura de Cuidado Básicos de Enfermería y el resto de variables.	160
Tabla 35. Cuidados ofrecidos Alumno/Profesional: Hemodinámica.	162
Tabla 36. Cuidados ofrecidos Alumno/Profesional: Cuidados Básicos en la Movilidad.	163
Tabla 37. Cuidados ofrecidos Alumno/Profesional: Cuidados Básicos en la alimentación.....	164
Tabla 38. Cuidados ofrecidos Alumno/Profesional: Cuidados Básicos en el Descanso y sueño.....	165
Tabla 39. Cuidados ofrecidos Alumno/Profesional: Cuidados Básicos en la Higiene.	166
Tabla 40. Cuidados ofrecidos Alumno/Profesional: Cuidados Básicos en la Eliminación.	167
Tabla 41. Cuidados ofrecidos Alumno/Profesional: Cuidados Básicos en el Confort y Seguridad.....	168
Tabla 42. Cuidados ofrecidos Alumno/Profesional: Cuidados Básicos en el Dolor, valoración y tratamiento.	169
Tabla 43. Descriptivos Cuidados ofrecidos por alumnos vs tratados en el aula. Hemodinámica.....	172
Tabla 44. Descriptivos Cuidados ofrecidos por alumnos vs tratados en el aula. Movilidad.....	173

Tabla 45. Descriptivos Cuidados ofrecidos por alumnos vs tratados en el aula. Alimentación.	174
Tabla 46. Descriptivos Cuidados ofrecidos por alumnos vs tratados en el aula. Descanso y sueño.	175
Tabla 47. Descriptivos Cuidados ofrecidos por alumnos vs tratados en el aula. Higiene.	176
Tabla 48. Descriptivos Cuidados ofrecidos por alumnos vs tratados en el aula. Eliminación.....	177
Tabla 49. Descriptivos Cuidados ofrecidos por alumnos vs tratados en el aula. Confort y seguridad.....	178
Tabla 50. Descriptivos Cuidados ofrecidos por alumnos vs tratados en el aula. Dolor, valoración y tratamiento.	179
Tabla 51. Comparación de las estructuras profesionales y burocráticas en el desempeño de la enfermería. Fuente: Maben, Latter & Macleod Clark.....	202

Índice de figuras

Figura 1. Competencias y resultados de aprendizaje según el Proyecto Tuning. Fuente: Elaboración propia.....	14
Figura 2. Cronología legislativa de la Implantación del Proceso de Bolonia en España. Fuente: elaboración propia.	20
Figura 3. Resumen de las dificultades que se presentan para buscar e implementar la investigación. Fuente: Elaboración propia.	37
Figura 4. Modelo de Rosswurum y Larrabee. Fuente: Adaptada de Medscape.	47
Figura 5. Los siete pasos del Modelo Iowa. Fuente: Elaboración propia.....	49
Figura 6. Modelo Iowa de Práctica Basada en la Evidencia.	50
Figura 7. ARCC Model. Fuente: Adaptada de Melynck & Fineout-Overhoit.....	51
Figura 8. ACE Star Model of Knowledge Transformation. Fuente: Stevens.....	52
Figura 9. Toma de decisiones clínicas basadas en la PBE. Adaptación DiCenso, Guyatt y Ciliska.	54
Figura 10. Pasos en el proceso de Práctica Basada en la Evidencia. Fuente: Elaboración propia.....	62
Figura 11. Estructura del Incidente Crítico. Fuente: Adaptación de Fistera ¹⁰⁷	75
Figura 12. Adaptación del Incidente Crítico al contexto educativo. Fuente: Elaboración propia.....	76
Figura 13. Criterios de inclusión de un Incidente Crítico a la investigación. Fuente: Elaboración propia.....	78
Figura 14. Diagrama del desarrollo del estudio.....	87
Figura 15. Ejemplo del Cuaderno de evaluación y seguimiento de los Cuidados Básicos. Hemodinámica.....	90

Figura 16. Rúbrica de los Cuidados Básicos de Enfermería.	96
Figura 17. División territorial por Departamentos Sanitarios de la Comunidad Valenciana. Fuente: Conselleria de Sanitat, Comunitat Valenciana.	106
Figura 18. Esquema general de la Tesis Doctoral.	111
Figura 19. Modelo triangular de aprendizaje del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I. Fuente: González-Chordá VM, 2013.	185
Figura 20. Modelo del Iceberg. Fuente: Elaboración Propia.....	190
Figura 21. Forma en que se adquieren las competencias. Fuente: Adaptación Universidad de Antioquía.....	192
Figura 22. Adquisición de la competencia. Fuente: Elaboración propia.....	193
Figura 23. Sellar la brecha teoría práctica. Fuente: Elaboración propia.....	196
Figura 24. Nuevo modelo triangular de aprendizaje del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I. Fuente: González-Chordá VM & Mena-Tudela D.....	199

Índice de fórmulas

Fórmula 1. Item level validity calculation [I-CVI].....	98
Fórmula 2. Probability of chance agreement [Pc].	99
Fórmula 3.Modified Kappa coefficient designating agreement on relevance [K].	99

Índice de gráficos

Gráfico 1. Distribución de la muestra por Edad	131
Gráfico 2. Distribución de la muestra por el Grado de estudios que posee.....	132
Gráfico 3. Otras titulaciones.....	133
Gráfico 4. Comparación de medias sobre la puntuación total del CACH-PBE.	136
Gráfico 5. Comparación de varianzas sobre la puntuación total del CACH-PBE.	136
Gráfico 6. Medias por dimensiones: Actitudes, Habilidades y Conocimientos	137
Gráfico 7. Comparación puntuaciones medias de la dimensión “Conocimientos”	138
Gráfico 8. Puntuaciones medias de los ítems pertenecientes a la dimensión Conocimientos.....	142
Gráfico 9. Medias de la valoración genérica de la PBE	144

8 Bibliografía

1. Delors J. La Educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre educación para el siglo XXI. Santillana Ediciones UNESCO. 1997. [Acceso el 21/05/2014] Disponible en: http://www.educa.madrid.org/cms_tools/files/6bebccef-888c-4dd6-b8c1-d0f617656af3/La_educacion.pdf
2. Declaración de Bolonia. El Espacio Europeo de la Enseñanza Superior Declaración conjunta de los de Ministros Europeos Educación. 19 de Junio de 1999. [Acceso el 21/05/2014] Disponible en: http://www.eees.es/pdf/Bolonia_ES.pdf
3. Declaración de Budapest-Viena. Comunicado de la Conferencia de Ministros Europeos responsables de la Educación Superior. 12 de marzo de 2010 [Acceso el 21/05/2014]. Disponible en: http://www.ehea.info/Uploads/Declarations/Budapest-Vienna_Declaration.pdf
4. European Higher Education Area. [Sede web]. Bologna 2010 [Acceso el 21/05/2014]. Disponible en: <http://www.ehea.info/>
5. Palop Muñoz J. Práctica clínica y aprendizaje de la autonomía. Un estudio aplicado a los estudiantes de la Escuela de Enfermería La Fe [tesis doctoral]. Valencia; 2011.
6. González J y Wagenaar R (2003). En Universidad de Deusto y Univesridad de Groningen (Eds.) Tunning educational structures in Europe. Informe final. Fase uno. Bilbao: Universidad de Deusto. Disponible en: http://www.postgrado.usb.ve/archivos/45/Tuning_Educational.pdf
7. Tuning Educational Structures in Europe [sede Web]. Bologna 2010 [Acceso el 21/05/2014]. Disponible en: <http://www.unideusto.org/tuningeu/home.html>
8. Una introducción a Tuning Educational Structures in Europe. La contribución de las universidades al proceso de Bolonia. Tuning Project. Universidad de Deusto. 2009 [Acceso el 21/05/2014] Disponible en: http://www.unideusto.org/tuningeu/images/stories/Publications/Tuning_brochure_en_espanol_listo.pdf
9. González Chordá VM. Resultados de un programa de innovación docente sobre la adquisición de competencias de estudiantes de Grado en Enfermería y su repercusión sobre la calidad asistencial [tesis doctoral]. Castellón; 2013.

10. Una introducción a Tuning Educational Structures in Europe. La contribución de las universidades al proceso de Bolonia. Tuning Project. Universidad de Deusto. 2009 [Acceso el 21/05/2014] Disponible en: http://www.unideusto.org/tuningeu/images/stories/Publications/Tuning_2_CAST_PR2_pdf.pdf
11. Informe Final. Proyecto Piloto Fase 2. La contribución de las universidades al proceso de Bolonia. Tuning Educational Structures in Europe. Universidad de Deusto. 2006 [Acceso el 10/06/2014]. Disponible en: http://www.deusto-publicaciones.es/ud/openaccess/tuning/pdfs_tuning/tuning04.pdf
12. González J, Wagenaar R. Reference points for the design and delivery of degree programmes in Nursing. Tuning Project. Universidad de Deusto. 2011 [Acceso el 21/05/2014]. Disponible en: http://www.unideusto.org/tuningeu/images/stories/key_documents/tuningnursingfinal.pdf
13. González J, Wagenaar R. Tuning Educational Structures in Europe II. La contribución de las universidades al proceso de Bolonia. Tuning Project. Universidad de Deusto. 2006 [Acceso el 21/05/2014]. Disponible en: http://www.unideusto.org/tuningeu/images/stories/Publications/Tuning_2_CAST_PR2_pdf.pdf
14. Aneca.es [sede Web] [Acceso el 22/05/2014] Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Inicio. Disponible en: <http://www.aneca.es/>
15. Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. Boletín Oficial del Estado, núm. 307 (24-12-2001) [Acceso el 22/05/2014]. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2001-24515>
16. Aneca.es [sede Web] [Acceso el 23/05/2014] Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Libros Blancos [3 pantallas]. Disponible en: <http://www.aneca.es/Documentos-y-publicaciones/Otros-documentos-de-interes/Libros-Blancos>
17. Libro Blanco. Título de Grado de Enfermería. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. 2004 [Acceso el 23/05/2014]. Disponible en: http://www.aneca.es/var/media/150360/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf

18. Real Decreto 1044/2003, de 1 de agosto, por el que se establece el procedimiento para la expedición por las universidades del Suplemento Europeo al Título. Boletín Oficial del Estado, núm. 218 (11-09-2003) [Acceso el 22/05/2014]. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-17310>
19. Real Decreto 1125/2003, de 5 de septiembre, por el que se establece el sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones en las titulaciones universitarias de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional. Boletín Oficial del Estado, núm. 224 (18-09-2003) [Acceso el 22/05/2014]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-17643>
20. European Association for Quality Assurance in Higher Education. Informe de ENQA sobre Criterios y Directrices para la Garantía de Calidad en el Espacio Europeo de Educación Superior. 2005. [Acceso el 22/05/2014]. Disponible en: http://www.eees.es/pdf/enqa_criteriosydirectrices_261005.pdf
21. Real Decreto 55/2005, de 21 de enero, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado, Boletín Oficial del Estado, núm. 21 (25-01-2005) [Acceso el 22/05/2014]. Disponible en: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2005-1255
22. Real Decreto 56/2005, de 21 de enero, por el que se regulan los estudios universitarios oficiales de Posgrado. Boletín Oficial del Estado, núm. 21 (25-01-2005) [Acceso el 22/05/2014]. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2005-1256>
23. BFUG Working Group on Qualifications Frameworks. National Qualifications Frameworks Development and Certification 2007. [Acceso el 22/05/2014]. Disponible en: <http://www.eees.es/pdf/2007-report-final.pdf>
24. Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. Boletín Oficial del Estado, núm. 260 (30-10-2007) [Acceso el 22/05/2014]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2007/10/30/pdfs/A44037-44048.pdf>
25. Real Decreto 861/2010, de 2 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. Boletín Oficial del Estado, núm. 161 (03-07-2010) [Acceso el 22/05/2014]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/07/03/pdfs/BOE-A-2010-10542.pdf>

26. Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado. Boletín Oficial del Estado, núm. 25 (10-02-2011) [Acceso el 22/05/2014]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2011/02/10/pdfs/BOE-A-2011-2541.pdf>
27. Orden CIN 2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. Boletín Oficial del Estado, núm. 174 (19-07-2008) [Acceso el 23/05/2014]. Disponible en: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2008-12388
28. Maciá Soler L, Orts Cortés I, Galiana Sánchez M, Ors Montenegro A. Implantación simultánea de los niveles de Grado, Máster y Doctorado en Enfermería en la Universidad Jaume I. Castellón de la Plana, España. Investigación y Educación en Enfermería. 2013;31(2) [Acceso el 29/09/2013] Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/rt/prINTERfriendly/14121/14036>
29. Universitat Jaume I. Grado en Enfermería. [Acceso el 10/06/2014] [Aproximadamente 2 pantallazos]. Disponible en: http://www.uji.es/pls/www/!gri_www.euji22891a?p_idioma=ES&p_monografia_id=1348
30. Cabrero García J, Richart Martínez M y Orts Cortés MI. La promesa, la realidad y el desafío de la práctica basada en la evidencia. Hipatia. Nº 10 (2003). ISSN 1132-628X, pp. 25-36.
31. Alonso Coello P, Ezquerro Rodríguez O, Fargues García I, García Alaminó JM, Marzo Castillejo M, Navarra Llorens M et al. Enfermería Basada en la Evidencia. Hacia la excelencia en los cuidados. Madrid: Difusión y Avances de Enfermería; 2004.
32. Ruzafa Martínez M, Jódar Bornás S, Cano Rojo JA, Seligmann Pietranera R y Gadea Nicolás A. Práctica basada en la evidencia. Pasado, presente y futuro. Educare. 2013; Febrero (2).

33. Kajander-Unkuri S, Salminen L, Saarikoski M, Suhonen R & Leino-Kilpi H. Competence areas of nursing students in Europe. *Nurse Education Today*. 2013, 33: 623-32.
34. Stevens KR. The impact of Evidence-Based Practice in Nursing and the Next Big Ideas. *The Online Journal of Issues in Nursing* [revista en Internet] 2013 May [Acceso el 11/06/2014]; 18 (2): [Aproximadamente 13 pantallas]. Disponible en: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-18-2013/No2-May-2013/Impact-of-Evidence-Based-Practice.html#IOM03> DOI: 10.3912/OJIN.Vol18No02Man04
35. Missal B, Kaiser Schafer B, Halm MA & Schaffer MA. A University and Health Care Organization Partnership to Prepare Nurses for Evidence-Based Practice. *Journal of Nursing Education*. 2010; 49 (8): 456-61.
36. Burke LE, Schlenk EA, Sereika SM, Cohen SM, Happ MB, Dorman JS. Developing research competence to support evidence-based practice. *J Prof Nurs*. Diciembre de 2005;21(6):358-63.
37. Ciliska D. Educating for evidence-based practice. *J Prof Nurs*. diciembre de 2005; 21(6):345-50.
38. Dadgaran I, Parvizy S & Peyrovi H. A global issue in nursing students' clinical learning: the theory-practice gap. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2012, 47: 1713-18.
39. Scherer ZAP & Scherer EA. Reflexiones sobre la enseñanza de Enfermería en la Postmodernidad y la metáfora de una laguna teórico-práctica. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007 May-Jun; 15 (3).
40. Zierler BK. The Gap Between Academia and Practice: Reflections From a Nurse Researcher. *Journal of Nursing Education* [Revista en Internet]. 2014 Jun [Acceso el 12/06/2014]; 56 (6): [303-4]. Disponible en: <http://www.healio.com/nursing/journals/jne/%7B69e06f0c-35b7-4345-be54-763703611723%7D/the-gap-between-academia-and-practice-reflections-from-a-nurse-researcher>
41. Ajani K & Moez S. Gap between knowledge and practice in nursing. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 2011; 15: 3927-31.
42. Orts Cortés MI. *Práctica Basada en la Evidencia*. Barcelona: Elsevier; 2015.

43. Dobbins M, Ciliska D & Mitchell A. Dissemination and Use of Research Evidence for Policy and Practice by Nurses: A Model of Development and Implementation Strategies. Ottawa: The Canadian Nurses Association. 1998.
44. Dobbins M, Ciliska D, Cockerill R, Barnsley J & DiCenso A. A Framework for the Dissemination and Utilization of Research for Health-Care Policy and Practice. The Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing. 2002; 9 (7).
45. Real Academia Española [sede Web]. Madrid: Real Academia Española. [Acceso el 12/06/2014]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=dificultad>
46. Bryar RM, Closs SJ, Baum G, Cooke J, Griffiths J, Hostick T, et al. The Yorkshire BARRIERS project: diagnostic analysis of barriers to research utilisation. Int J Nurs Stud. enero de 2003;40(1):73-84.
47. Cabrero García, Julio. Enfermería basada en la Evidencia y utilización de la investigación. Index Enferm (Gran)1999;27:12-18.
48. Field MJ, Lohr KN (editors) Institute of Medicine Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines. Clinical Practice Guidelines: directions for a new program. Washington: National Academy Press; 1990.
49. Morales Asencio JM, et al. Guías de práctica clínica: ¿mejoran la efectividad de los cuidados? Enfermería clínica 2003;13(1):41-47
50. Alcolea Cosin MT, Oter Quintana C, Martín García A. Enfermería Basada en la Evidencia. Orígenes y fundamentos para una práctica enfermera basada en la evidencia. Nure Investigació. Mayo-junio de 2011;52:1-7.
51. Cabrero J, Richart M. Investigar en enfermería. Concepto y estado actual de la investigación en enfermería. Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante. 2001
52. Retsas A. Barriers to using research evidence in nursing practice. Journal of Advanced Nursing, 2000; 31 (3): 599-606.
53. Ubbink DT, Guyatt GH, Vermeulen H. Framework of policy recommendations for implementation of evidencebased practice: a systematic scoping review. BMJ Open 2013;3:e001881. doi:10.1136/bmjopen-2012-001881

54. Novak JD, Gowin DB, & Johansen GT (1983). The use of concept mapping and knowledge: Vee mapping with junior high school science students. *Science Education*, 67(5), 625–645.
55. Coll C, Pozo JI, Sarabia B & Valls E. (1992). Los contenidos en la reforma. Enseñanza y aprendizaje de conceptos, procedimientos y actitudes. Santillana, Aula XXI, Madrid.
56. Integrated Education in Evidence-Based Practice. 24th International Nursing Research Congress. Praga. Julio de 2013. Sigma Theta Tau. Disponible en: <http://www.nursinglibrary.org/vhl/handle/10755/304279>
57. Wallen GR, Mitchell SA, Melnyk B, Fineout-Overholt E, Miller-Davis C, Yates J, Hastings C. Implementing evidence-based practice: effectiveness of a structured multifaceted mentorship programme. *J Adv Nurs* [revista en Internet] 2011 [acceso el 03/06/2014]; 66 (12): [2761-2771]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2981621/>
58. Medscape [sede Web]. New York: Medscape, 2005 [acceso el 03/06/2014]. Implementing Evidence-Based Nursing Practice. [aproximadamente 3 pantallas]. Disponible en: http://www.medscape.com/viewarticle/514532_5
59. Stetler CB. Uptating the Stetler Model of research utilization to facilitate evidence-based practice. *Nurs Outlook*. 2001 Nov-Dec; 49 (6): 272-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11753294>
60. National Collaborating Centre for Methods and Tools [sede Web]. McMaster University; 2011 [acceso el 03/06/2014]. Stetler model of evidence-based practice [aproximadamente 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.nccmt.ca/registry/view/eng/83.html>
61. Doody CM, Doody O. Introducing evidence into nursing practice: using the IOWA model. *Br J Nurs*. 2011 Jun 10-23; 20 (11):661-4.
62. Cullen L, Adams S. An evidence-based practice model. *J Perianesth Nurs*. 2010 Oct; 25 (5): 307-10.
63. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Putting research into practice. *Reflections on Nursing Leadership/Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing*. 2002; 28(2):22–5. 45.
64. Stevens, K. R. (2004). ACE Star Model of EBP: Knowledge Transformation. Academic Center for Evidence-based Practice. The University of

- Texas Health Science Center at San Antonio. Disponible en:
<http://www.acestar.uthscsa.edu/acestar-model.asp>
65. DiCenso, Guyatt, Ciliska. Evidence-Based Nursing. A guide to Clinical Practice. United States of America: ElSevier-Mosby; 2005.
 66. Honess C, Gallant P, Keane K. The Clinical Scholar Model: Evidence-based practice at the bedside. Nurs Clin North Am. 2009 Mar; 44 (1): 117-30.
 67. Strout TD, Lancaster K, Schultz AA. Development and implementation of an inductive model for evidence-based practice: A grassroots approach for building evidence-based practice capacity in staff nurses. Nurs Clin North Am. 2009 Mar, 44 (1): 93-102.
 68. Shaneyfelt T, Baum KD, Bell D, Feldstein D, Houston TK, Kaatz S, Whelan C & Green M. Instruments for Evaluating Education in Evidence-Based Practice. A systematic review. JAMA. 2006 Sep, 296 (9): 116-27. Doi: 10.1001/jama.296.9.1116.
 69. Zelenikova R, Beach M, Ren D, Wolff E & Sherwood PR. Graduate nursing students' evaluation of EBP courses: A cross-sectional study. Nurse Education Today 35 (2015): 265-270. Doi: [10.1016 / j.nedt.2014.09.010](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.09.010)
 70. Fritsche L, Greenhalgh T, Falck-Ytter Y, Neumayer HH & Kunz R. Do short courses in evidence based medicine improve knowledge and skills? Validation of Berlin questionnaire and before and after study of courses in evidence based medicine. BMJ. 2002 Dec, 325: 1338-41.
 71. Ramos, K. D., Schafer, S., & Tracz, S. M. Validation of the Fresno test of competence in evidence based medicine. BMJ. 2003, 326: 319-21.
 72. Johnston J M, Leung G M, Fieldning R, Tin KY & Ho L M. The development and validation of a knowledge, attitude and behaviour questionnaire to assess undergraduate evidence-based practice teaching and learning. Medical Education. 2003 Nov, 3: 992-1000.
 73. Taylor R, Reeves B, Mears R, Keast J, Binns S, Ewings P & Khan Khalid. Development and validation of a questionnaire to evaluate the effectiveness of evidence-based practice teaching. Medical Education. 2001 Jun, 35: 544-47.
 74. Ilic D. Assessing competency in Evidence Based Practice: strengths and limitation of current tools in practice. BMC. 2009: 53. Doi: 10.1186/1472-6920-9-53

75. Nagy S, Lumby J, McKinley S & Macfarlane C. Nurses' beliefs about the conditions that hinder or support evidence-based nursing. *Int J Nurs Pract.* 2001 Oct; 7 (5): 314-21.
76. Upton d & Upton P. Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. *J Adv Nurs.* 2006 Feb; 56 (4): 454-8.
77. Gerrish K, Ashworth P, Lacey A, Bailey J, Cooke J, Kendall S & McNeilly E. factors influencing the development of evidence-based practice: a research tool. *J Adv Nurs.* 2007 Feb; 57 (3): 328-38.
78. Majid S, Foo S, Luyt B, Zhang X, Theng YL, Chang YK. Adopting evidence-based practice in clinical decision making: nurses' perceptions, knowledge and barriers. *J Med Libr Assoc.* 2011 Jul; 99 (3): 229-36. Doi: 10.3163/1536-5050.99.3.010
79. Brown CE, Kim SC, Stichler JF & Fields W. Predictors of Knowledge, attitudes, use and future use of evidence-based practice among baccalaureate nursing students at two universities. *Nurse Educ Today.* 2010 Aug. 30 (6): 521-7.
80. Ruzafa-Martínez M, Lopez-Iborra L, Moreno-Casbas T & Madrigal-Torres M. Development and validation of the competence in evidence based practice questionnaire (EBP-COQ) among nursing students. *BMC.* 2013. 13:19. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/13/19>
81. López Iborra L. Evaluación de la autopercepción de la adquisición de competencias para la aplicación de la Práctica Basada en la Evidencia en estudiantes de enfermería [tesis doctoral]. Murcia: 2012.
82. Arenson BS, Rebesch LM, Westrick KS. (2007). Enhancing evidence bases for intervention in a baccalaureate program. *Journal of Nursing Education Perspectiva*, 28, 257–262.
83. Brown C, Kim SC, Stichler JF & Fields W. (2010). Predictors of knowledge, attitudes, use and future use of evidence-based practice among baccalaureate nursing students at two universities. *Nurse Education Today*; 1030: 521-527.
84. Burke LE, Schlenk EA, Sereika SM, Cohen SM, Happ MB & Dorman JS. (2005). Developing research competence to support evidence-based practice. *Journal of Professional Nursing*, 21(6), 358-63.

85. Chaboyer W, Willman A, Johnson P & Stockhausen L. (2004). Embedding evidence-based practice in a nursing curriculum: a benchmarking project. *Nurse Education in Practice*, 4, 216–223.
86. Ciliska D. (2005) Educating for Evidence-Based Practice. *Journal of Professional Nursing*, 21(6), 345-50
87. Bloom KC, Olinzock BJ, Radjenovic D & Trice LB. Leveling EBP content for undergraduate nursing students. *Journal of Professional Nursing*. 2013. 4 (29): 217-24.
88. Salas-Medina P, Mena-Tudela D, Cervera-Gasch A, González-Chordá VM, Folch-Ayora A, Lapeña Moñuz Y et al. Integrating Evidence-Based Practice in the training programme Bachelor's Degree in Nursing. University Jaume I. En: IPLeiria Internacional Health Congress. Leiria: Universidade de Sao Paulo; 2014. 143.
89. Mena-Tudela D, González-Chordá V, Cervera-Gasch A, Salas-Medina P, & Orts-Cortés MI. Integración de la Práctica Basada en la Evidencia de forma transversal, iniciativa pregrado. *Recien*. 2014; 8 [Acceso el 02/06/2014]. Disponible en: http://www.recien.scele.org/documentos/num_8_may_2014/miscelanea_integrac_practica_basada_evidencia.pdf
90. Gómez del Pulgar García-Madrid M. Evaluación de competencias en el Espacio Europeo de Educación Superior: Un instrumento para el Grado en Enfermería [Tesis Doctoral]. Madrid; 2013.
91. Real Academia Española [sede Web]. Madrid: Real Academia Española. [Acceso el 04/06/2014]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=evaluar>
92. Universitat de València. La evaluación de los estudiantes en la Educación Superior. Apuntes de buenas prácticas. Formación PDI. València: Universitat de València, Servei de Formació Permanent, 2007.
93. Brown G, Bull J & Pendlebury M. *Assessing Student Learning in Higher Education*. New York: Roudlege, 1997.
94. Cano García ME. La evaluación por competencias en la educación superior. Profesorado. 2008. Disponible en: <http://www.ugr.es/~recfpro/rev123COL1.pdf>
95. Laurier MD. Évaluer des compétences: pas si simple... Université de Montréal. *Formation et Profession*. 2005 Abr: 14-17.

96. Bain K. Lo que hacen los mejores profesores de Universidad. València: Universitat de València, 2006.
97. Torregrosa Puig M, Chocarro E & Pérez Sancho C. Ken Bain, Lo que hacen los mejores profesores universitarios, PUV, Valencia, 2006. [Acceso el 04/06/2014]. Disponible en: <file:///C:/Users/Noah/Downloads/notakenbain.pdf>
98. Universitat Autònoma de Barcelona. Carpetes d'aprenentatge a l'educació superior: una oportunitat per repensar la docència. Innovació Docent en Educació Superior. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona, Servei de Publicacions, 2008.
99. Green J, Wyllie A & Jackson D. Electronic portfolios in nursing education: A review of the literature. Nurse Education in Practice. 2014. 14: 4-8.
100. Branda LA. El aprendizaje basado en problemas. De herejía artificial a res popularis. EDUC MED. 2009; 12 (1): 11-23.
101. Cònsul Giribet M. Ensenyar i aprendre Infermeria amb un currículum integrat per mitjà de l'aprenentatge basat en problemas. El cas de l'EUI Vall d'Hebron [tesis doctoral]. Universitat de Barcelona. 2010.
102. Salas Perea RS & Ardanza Zulueta P. La simulación como método de enseñanza y aprendizaje [acceso el 05/06/2014]. Rev Cubana Educ Med Sup. 1995, 9 (1-2). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol9_1_95/ems03195.htm
103. Page-Cuttrara K. Use of prebriefing in nursing simulation: a literature review [acceso el 05/06/2014]. J Nurs Educ. 2014 Mar; 53 (3): 136-41. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?cmd=Retrieve&list_uids=24512336
104. Moreno Preciado M, Ruiz López M. El diario reflexivo: Herramienta pedagógica innovadora en las prácticas de enfermería [acceso el 05/06/2014]. Disponible en: <http://www.uem.es/myfiles/pageposts/jiu/jiu2007/archivos/EVAL%20ALTERNATIVAS/Moreno%20Preciado,%20Manuel.pdf>
105. Medina Moya JL. Práctica educativa y práctica de cuidados enfermeros desde una perspectiva reflexiva. Revista de Enfermería. 2002 Abr, 15. [Acceso el 05/06/2014]. Disponible en: https://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2015/numero15/pr%20Elctica_educativa_y_pr%20Elctica_de.htm
106. Medina Moya JL, Jarauta Borrascas B, Imbernon Muñoz F. La enseñanza reflexiva en la educación superior. Cuadernos de docencia universitaria. Octaedro.

2010. [Acceso el 05/06/2014]. Disponible en:
<http://www.octaedro.com/pdf/16517.pdf>
107. Bitsika E, Karlis G, Iacovidou N, Geordiou M, Kontodima P, Vardaki Z & Xanthos T. Comparative analysis of two venipuncture learning methods on nursing students. *Nurse Education Today*. 2014 (34): 15-18
108. Torres Gordillo JJ, Perera Rodríguez VH. La rúbrica como instrumento pedagógico para la tutorización y evaluación de los aprendizajes en el foro online en educación superior. *Revista de medios y educación*. 2010 Ene. (36): 141-149.
109. Cebrián M, Raposo M & Accino J. E-portafolio en el practicum: un modelo de rúbrica. *Comunicación y pedagogía*. 2007 (218): 8-13.
110. Isaacson JJ, Stacy AS. Rubrics for clinical evaluation: Objectifying the subjective experience. *Nurse Education in Practice*. 2009 (9): 134-140.
111. Shipman D, Roa M, Hooten J, Wang ZJ. Using the analytic rubric as an evaluation tool in nursing education: The positive and the negative. *Nurse Education Today*. 2012 (32): 246-249.
112. Flanagan JC. The Critical Incident Technique. American Institute for Research and University of Pittsburgh. 1954, 51 (4). Disponible en:
<https://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/cit-article.pdf>
113. Fistera.com Atención Primaria en la Red [sede Web]. Galicia: Comité editorial, [Actualizada el 15/06/2010, Acceso el 09/06/2014]. Incidentes críticos [aproximadamente 4 pantallas]. Disponible en:
<https://www.fistera.com/formacion/bioetica/incidentes.asp>
114. Almendro Padilla C & Costa Alcaraz AM. Alerta Roja: el incidente crítico, aprendiendo de nuestros errores. *Tribuna docente en Medicina de Familia*. 2006; 8(4): 10-7. Disponible en: <http://www.uv.es/gibuv/IncidenteCritico.pdf>
115. Yáñez R, López-Mena L & Reyes F. La técnica de incidentes críticos: Una herramienta clásica y vigente en enfermería. *Ciencia y enfermería XVII*. 2011, (2): 27-36.
116. Miranda Ribeiro LC, Siva e Souza AC, Dos Santos Soares Barreto RA, Cunha Neves HC & Alves Barbosa M. Técnica de incidente crítico e seu uso na Enfermagem: revisao integrativa da literatura. *Rev Bras Enferm*, Brasília. 2012 jan-feb; 65 (1): 162-71.

117. Muñoz Rodríguez MN& Gómez García CI. El incidente crítico como herramienta para evaluar competencias en Enfermería. En: Congreso Internacional de Innovación Docente. Cartagena: Universidad Politécnica de Cartagena; 2011 jul. Disponible en: <http://repositorio.bib.upct.es/dspace/handle/10317/2369>
118. Kayler DeBrew J & Porter Lewallen Lynne. To pass or to fail? Understanding the factors considered by faculty in the clinical evaluation of nursing students. *Nurse Education Today*. 2014 Abr, 34 (4): 631-6.
119. Byrne M. Critical incident technique as a qualitative research method. *AORN Journal*. 2001 Oct, 74 (4): 536.
120. Schluter J, Seaton P & Chaboyer W. Critical incident technique: a user's guide for nurse researchers. *J Adv Nurs*. 2008 Jan; 61 (1): 107-14.
121. Butterfield LD, Borgen WA, Amundson NE & Maglio AST. Fifty years of the critical incident technique: 1954-2004 and beyond. *Qualitative Research*. 2005 Nov. 5 (4): 475-97.
122. Bradbury-Jones C & Tranter S. Inconsistent use of the critical incident technique in nursing research. *J Adv Nurs*. 2008 Nov; 64 (4): 399-407.
123. Universitat de Girona [sede Web]. Girona: Universitat de Girona, [acceso el 26/06/2014]. L'Anàlisi Factorial [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: [http://www3.udg.edu/dghha/cat/seccioGeografia/prac/models/factorial\(3\).htm](http://www3.udg.edu/dghha/cat/seccioGeografia/prac/models/factorial(3).htm)
124. Stellmack MA, Konheim-Kalkstein YL, Manor JE, Massey AR, Schmitz JAP. An Assessment of Reliability and Validity of a Rubric for Grading APA-Style Introductions. *Teaching of Psychology*. 2009; 36 (2): 102-107.
125. Torres Gordillo JJ, Herrero Vázquez EA. Validez y fiabilidad de la rúbrica.
126. Yanez Gallardo, Rodrigo y Cuadra Olmos, Rossana. La técnica Delphi y la investigación en los servicios de salud. *Cienc. enferm.* [online]. 2008, vol.14, n.1, pp. 9-15. ISSN 0717-9553.
127. Orts Cortés MI. Validez de contenido del Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) en el ámbito europeo [tesis doctoral]. Alicante; 2011.
128. Universitat Jaume I [Sede Web]. Castellón de la Plana: Universitat Jaume I; [acceso el 09/09/2013]. Disponible en: <http://www.uji.es/CA/departaments/enf/presentacio/>

129. Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y la Directiva 2006/100/CE, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado. Boletín Oficial del Estado, núm. 280 (20-11-2008) [acceso el 09/09/2013]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2008/11/20/pdfs/A46185-46320.pdf>
130. Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 7 de septiembre de 2005 relativa al reconocimiento de las cualificaciones profesionales. Diario Oficial de la Unión Europea, 255/22 (30-09-2005) [acceso el 09/09/2013]. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:es:PDF>
131. Directiva 2006/100/CE, del Consejo de 20 de noviembre de 2006 relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. Diario Oficial de la Unión Europea, 363/141 (20-12-2006) [acceso el 09/09/2013]. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:2005L0036:20080821:ES:PDF>
132. Memoria del título: Graduado o graduada en Enfermería por la Universitat Jaume I. Universitat Jaume I. Memoria de verificación del título. Modificaciones aprobadas por ANECA el 10/02/2014. [acceso el 09/09/2013]. Disponible en: <http://ujiapps.uji.es/estudis/eees/titols/graus/manecagrau/manecaenf.pdf>
133. Guía Docente: Cures Bàsiques d'Infermeria. Curs acadèmic 2013/2014. Universitat Jaume I. [acceso el 09/09/2013]. Disponible en: https://e-ujier.uji.es/pls/www/gri_www.euji22883_html?p_curso_aca=2013&p_asignatura_id=IN1116&p_idioma=CA&p_titulacion=230
134. Conselleria Sanitat, Comunitat Valenciana [sede Web]. Valencia: Oficina 2.0, [acceso el 10/09/2013]. Organización territorial [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.san.gva.es/web/comunicacion/organizacion-territorial>
135. Conselleria Sanitat, Comunitat Valenciana [sede Web]. Valencia: Oficina 2.0, [acceso el 10/09/2013]. Departamento de Salud de Castelló [Aproximadamente 5 pantallas]. Disponible en: <http://www.castello.san.gva.es/exp/hgcs/index.html>

136. Conselleria Sanitat, Comunitat Valenciana [sede Web]. Valencia: Oficina 2.0, [acceso el 10/09/2013]. Departamento de Salud de La Plana [Aproximadamente 5 pantallas]. Disponible en: <http://www.laplana.san.gva.es/dep03/exp/hlp/index.html>
137. Hospital La Magdalena. Guía Informativa. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Agència Valenciana de Salut.
138. Unión de Mutuas [sede Web]. [acceso el 10/09/2013]. Unión de Mutuas [aproximadamente 7 pantallas]. Disponible en: http://www.uniondemutuas.es/index.php?option=com_frontpage&Itemid=144
139. Straus SE, Richardson WS, Glasziou P & Haynes RB. Medicina basada en la evidencia. Cómo practicar y enseñar la MBE. Tercera Edición. Barcelona: Elsevier; 2006.
140. Pearson Alan, Field J & Jordan Z. Práctica clínica basada en la evidencia en enfermería y cuidados de la salud. Madrid: McGraw-Hill; 2007.
141. Burns N & Grove SK. Ejercicio de la Enfermería basado en la evidencia. En: Burns N & Grove SK. Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. 5ª Edición. Barcelona: Elsevier; 2012. 472-513.
142. Brown CE, Kim SC, Stichler JF & Fields W. Predictors of knowledge, attitudes, use and future use of evidence-based practice among baccalaureate nursing students at two universities. Nurse Education Today. 2010; 30: 521-27.
143. Cheng HM, Guo FR, Hsu TF, Chuang SY; Yen HT, Lee FY et al. Two Strategies to Intensify Evidence-Based Medicine Education of Undergraduate Students: A Randomised Controlled Trial. Ann Acad Med Singapore. 2012; 41: 4-11.
144. Khader Ys; Batayha W & Al-Omari M. The effect of evidence-based medicine (EBM) training seminars on the knowledge and attitudes of medical students towards EBM. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2011; 17: 640-3.
145. Taheri H, Mirmohamadsedghi M, Adibi I, Ashorion V, çSadeghizade A & Adibi P. Evidence-based Medicine (EBM) for Undergraduate medical Students. Ann Acad Med Singapore. 2008; 37: 764-8.
146. Mattila LR & Eriksson E. Nursing students learning to utilize nursing research in clinical practice. Nurse Education Today. 2007; 27: 568-76.
147. Kim SC, Brown CE, Fields W & Stichler JF. Evidence-based practice-focused interactive teaching strategy: a controlled study. JAN. 2009; 65 (6): 1218-27.

148. Schmidt NA & Brown JM. Use of the innovation-decision process teaching strategy to promote evidence-based practice. *Journal of Professional Nursing*. 2007; 23 (3): 150-6.
149. Hatmi ZN, Tahvildari S, Dabiran S, Sheili S, Kashani AS & Raznahan M. Teaching evidence-based medicine more effectively. *Acta Medica Iranica*. 2010; 48 (5): 332-6.
150. Shuval K, Berkovits E, Netzer D, Hekselman I, Linn S, Brezis M & Reis S. Evaluating the impact of an evidence-based medicine educational intervention on primary care doctors' attitudes, knowledge and clinical behavior: a controlled trial and before and after study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2007; 13: 581-98.
151. Fuentesaz-Gallego C, Navalpotro-Pascual S, Ruzafa-Martínez M, en nombre de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii). Competencias en investigación: propuesta de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii). *Enferm Clin*. 2007; 17 (3): 117-27.
152. Fuentelsaz C, Moreno MT, Martín, MC, Comet P, Uriel P, Orts I & Jiménez MI. Glosario de términos para la práctica clínica basada en la evidencia. *Enfermería clínica*. 2002; 12 (4): 173-81.
153. Fistera.com [sede Web]. Barcelona: Elsevier. [actualizada el 15/06/2010; acceso el 09/09/2013]. Disponible en: <https://www.fistera.com/formacion/bioetica/incidentes.asp>
154. Titler MG. The evidence for evidence-based practice implementation. En: Hughes RG. Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. Rockville (MD): Agency for healthcare research and quality (US). 2008. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2659/>
155. Royle J, Blythe J, Ciliska D & Ing D. The organizational environment and evidence-based nursing. *Nursing Leadership*, 13 (1): 2000. Doi: 10.12927/cjnl.2000.16300.
156. Bloom KC, Olinzock BJ, Radjenovic D & Trice LB. Leveling EBP Content for Undergraduate Nursing Students. *J Prof Nurs*. 2013; 29 (4): 217-224.

157. López-Iborra L. La enseñanza basada en la evidencia es una metodología docente efectiva en la formación enfermera. *Enferm Clin.* 2012; 22 (1): 58-59.
158. Shwu-Ru L, Ching-Yu C & Hsiu-Min Tsai. The Cookie Experiment: A Creative Strategy for Teaching Nursing Research in Taiwan. [Consulta el 06/08/2014]. Disponible en: http://www.nursinglibrary.org/vhl/bitstream/10755/243257/1/Liou_Shwu-Ru_51056.pdf
159. Spencer LM. Competency Assessment Methods. En: Jo Bassi L & Russ-Eft DF. *Assessment, Development and Measurement: American Society for Training & Development*; 1997. 1-37.
160. Real Academia Española [sede Web]. Madrid: Real Academia Española. [Acceso el 06/08/2014]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=actitud>
161. Real Academia Española [sede Web]. Madrid: Real Academia Española. [Acceso el 06/08/2014]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=%C3%A1nimo>
162. Rué J, Martínez M. *Les titulacions UAB en l'Espai Europeu d'Educació Superior*. Bellaterra: IDES-UAB; 2005.
163. Aprende en línea [Internet]. Colombia: Universidad de Antioquía; [23 de marzo de 2006; 8 de agosto de 2014]. Seminario IS 36; [1 pantalla aproximadamente]. Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/resource/view.php?id=14265>
164. Dale A. The theory-theory gap: the challenge for nurse teachers. *Journal of Advanced Nursing*. 1994; 20: 521-24.
165. Hasson F, McKenna HP & Keeney S. Delegating and supervising unregistered professionals: The student nurse experience. *Nurse Education Today*. 2013; (33): 229-35.
166. Landers MG. The theory-practice gap in nursing: the role of the nurse teacher. *Journal of Advanced Nursing*. 2000; 32 (6): 1550-6.
167. Corlett J. The perceptions of nurse teachers, student nurses and preceptors of the theory-practice gap in nurse education. *Nurse Education Today*. 2000. 20: 499-505.
168. Scully NJ. The theory-practice gap and skill acquisition: An issue for nursing education. *Collegian*. 2011. 18: 93-8.

169. Maben J, Latter S & Macleod Clark J. The theory-practice gap: impact of professional-bureaucratic work conflict on newly-qualified nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 55: 465-77. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03939.x
170. Swart HC, Toit HS & Botha A. Guided reflection as a tool to deal with the theory-practice gap in critical care nursing students. *Health SA Gesondeheid*. 2012. 17 (1). Art #591, 9 pages. Doi: <http://dx.doi.org/10.4102/hsag.v17i1.591>
171. Agencia Laín Entralgo. Guía del tutor Pregrado de Enfermería. Madrid: Agencia Laín Entralgo; 2005.
172. Tejada Fernández J. La evaluación de las competencias en contextos no formales: dispositivos e instrumentos de evaluación. *Revista de Educación*. 2011. 354: 731-45.
173. Gifre M, Sabaté S, Gimbel S, Marzo N, Miró M, Añaños E & Martínez M. Evaluación de competencias: relacionando metodologías y sistemas de evaluación. [Fecha de acceso 11/08/2014]. Disponible en: <http://abacus.universidadeuropea.es/bitstream/handle/11268/3108/Mariona%20Gifre%20Monreal.pdf?sequence=1>

9 Anexos

Anexo 1. Cuaderno de seguimiento y evaluación de los Cuidados Básicos Basados en la Evidencia.

Estimado alumn@

En estos momentos, se está llevando a cabo un estudio acerca de la idoneidad de los cuidados básicos en el Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I.

Como sabes, esta asignatura la cursaste el año pasado y, como conocimiento ya consolidado, queremos ver si la herramienta que presentamos a continuación te parece adecuada para evaluar parte de la asignatura. Así, necesitamos tu colaboración.

Recuerda:

¡No hay respuestas buenas o malas!

¡Lo importante es tu opinión!

Si tienes cualquier duda no dudes en ponerte en contacto conmigo:

Desirée Mena Tudela dmena@uji.es

Los datos que nos aportes son totalmente confidenciales, aunque, por motivos estructurales, necesitamos saber en qué hospital estás realizando las prácticas y en qué planta.

Hospital: _____

Planta: _____

Los cuestionarios están estructurados por semanas, pero ello no implica que tú los tengas que responder de forma semanal. Al tratarse de conocimientos ya consolidados, no tienes que repasar temario.

INTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN

- *Recuerda rellenar todos los apartados, un cuestionario rellenado a medias no nos sirve para obtener datos fiables.*
- *Responde las preguntas con la mayor franqueza, de no ser así, puede que nos den resultados contradictorios. Recuerda que no se te evalúa a través de esta herramienta.*
- **IMPORTANTE:** *En el apartado observaciones necesito que me indiques:*
 - *Observaciones estructurales: ¿es fácil de rellenar el cuestionario? ¿te parece adecuado? ¿añadirías algo más? ¿le sobra algo?*
 - *Observaciones de contenido: ¿son adecuadas las preguntas? ¿se entienden bien? ¿añadirías alguna o quitarías alguna? ¿alguna sugerencia al respecto?*

Gracias por tu colaboración.

Seguimos luchando por hacer la mejor docencia posible.

248

Desirée Mena Tudela

250

Desirée Mena Tudela

252

Desirée Mena Tudela

Desirée Mena Tudela

Desirée Mena Tudela

Anexo 2. Rúbrica de Cuidados Básicos de Enfermería.

INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACION: Se deberá indicar qué ítem de cada criterio cumple el alumno en cada uno de los diarios que se corrige. Se deberá indicar la puntuación total de cada uno de los criterios. La nota final de cada uno de los diarios se obtendrá a través de la media aritmética de ese diario. La nota final este apartado en las prácticas clínicas se realizará mediante media aritmética de cada uno de los diarios de los alumnos.

Alumno: _____ Semana evaluada: _____



Criterios	Revisar (2,5)	Suficiente (5)	Adecuado (7,5)	Excelente (10)
▪ El DR refleja el cuidado básico llevado a cabo la semana correspondiente	El estudiante no indica ni la semana, ni el cuidado básico que se ha reforzado dicha semana.	El estudiante nombra la semana en la que se encuentra o el cuidado básico que se revisa dicha semana.	El estudiante nombra la semana en la que se encuentra e indica el cuidado básico que se revisa esa misma semana.	El estudiante describe la semana en la que se encuentra, indica el cuidado básico que se revisa esa misma semana e incluye una descripción breve del mismo.
▪ El DR refleja los nuevos aprendizajes relacionados con el cuidado básico de la semana	El estudiante no refiere ningún nuevo aprendizaje respecto al cuidado básico que trata en la semana.	El estudiante refiere algún nuevo aprendizaje relacionado con el cuidado básico de la semana.	El estudiante enumera nuevos aprendizajes relacionados con el cuidado básico que se trata en la semana correspondiente.	El estudiante describe qué nuevos aprendizajes le han supuesto en el cuidado básico pertinente a la semana.
▪ El DR aporta cómo se siente el alumno ante un incidente crítico	El estudiante no refiere ningún sentimiento durante el aprendizaje en situaciones imprevistas con el cuidado básico perteneciente a la semana.	El estudiante refiere algún sentimiento ante una situación imprevista de aprendizaje relacionada con el cuidado básico de la semana.	El estudiante describe cómo se siente ante una situación imprevista de aprendizaje relacionado con el cuidado básico tratado en la semana.	El estudiante describe cómo se siente ante una situación imprevista de aprendizaje y detalla cómo gestiona ese sentimiento con el cuidado básico correspondiente a la semana.
▪ Al detectar un incidente crítico* se busca la mejor respuesta para resolverlo	Ante un incidente crítico el estudiante no busca la mejor respuesta para resolverlo.	Ante un incidente crítico el estudiante nombra la que cree que es la mejor opción para resolver el incidente crítico.	Ante un incidente crítico el estudiante argumenta la que cree que es la mejor opción para resolver el incidente crítico.	Ante un incidente crítico el estudiante plantea diversas formas para resolverlo y argumenta la que cree que es la mejor opción para el mismo.
▪ Ante una duda de contenido se realiza una búsqueda bibliográfica	El estudiante no realiza ninguna búsqueda bibliográfica al respecto de los cuidados básicos tratados en la semana a la que corresponde.	El estudiante sólo refiere el resultado de la búsqueda bibliográfica, sin hacer alusión a cómo realiza esa búsqueda relacionado con los cuidados básicos vistos en esa semana.	El estudiante detalla cómo realiza la búsqueda bibliográfica y el resultado de la misma relacionado con los cuidados básicos tratados en esa semana.	El estudiante detalla cómo realiza la búsqueda bibliográfica, el resultado de la misma y realiza las referencias bibliográficas pertinentes mediante normas Vancouver sobre los cuidados básicos de la semana.
▪ Se realizan preguntas y las intenta resolver mediante PBE#	El estudiante no refiere ningún interés por la PBE.	El estudiante formula preguntas clínicas contestables y traduce esas preguntas en búsquedas eficaces de la mejor evidencia.	El estudiante formula preguntas clínicas contestables, traduce esas preguntas en búsquedas eficaces de la mejor evidencia y valora de forma crítica esa evidencia.	El estudiante formula preguntas clínicas contestables, traduce esas preguntas en búsquedas eficaces de la mejor evidencia, valora de forma crítica esa evidencia y propone cómo integrar dicha evidencia en sus prácticas clínicas.
Total nota sumatorio:		Nota final: /6=		
OBSERVACIONES:				
* El incidente crítico se encontrará directamente relacionado con el cuidado básico tratado en la semana correspondiente del cuaderno de “Seguimiento y evaluación de los cuidados básicos basados en la evidencia”				
# El planteamiento de las preguntas con formato PICO y su posterior resolución mediante PBE se encontrará directamente relacionado con el cuidado básico tratado en la semana correspondiente del cuaderno de “Seguimiento y evaluación de los cuidados básicos basados en la evidencia”				

Anexo 3. Carta adjunta para la validación de la rúbrica.

El presente rúbrica tiene como objetivo principal objetivar de forma efectiva la evaluación de los alumnos a través de un diario reflexivo que realizarán de forma semanal durante su periodo de prácticas clínicas. Este diario reflexivo debe reflejar los cuidados básicos tratados en el aula y la búsqueda de la mejor evidencia para resolver cualquier duda en torno a estos cuidados.

El cuestionario consta de **seis criterios divididos en cuatro niveles de evaluación**.

Le pedimos su colaboración para establecer la validez de contenido de esta rúbrica. En caso de aceptar, le rogamos siga las siguientes instrucciones:

- Lea cuidadosamente cada criterio de la rúbrica ya que cada uno representa diferentes dimensiones en la evaluación del diario reflexivo.
- Indique si considera usted que cada nivel de evaluación puede formar parte del criterio en el que está establecido
- Señale del 1 al 4 la adecuación del nivel de evaluación respecto al criterio a evaluar, utilizando la siguiente escala:
 - 1: Nada adecuado.
 - 2: Poco adecuado.
 - 3: Adecuado.
 - 4: Muy adecuado.

En el apartado “Observaciones” puede anotar si considera que el criterio debería estar redactado de forma diferente o si quiere realizar alguna aportación. También puede incluir algún nivel de evaluación que no se encuentre en la rúbrica y cree que puede valorar algún criterio.

Para finalizar, le rogamos que en este documento otorgue una nota del 1 al 4 para valorar el instrumento en su totalidad, encontrará un cuadro en el que tiene que poner la nota.

Muchas gracias por su participación en la validez del contenido de la rúbrica.

Anexo 4. Curso de Formación para enfermeras de Referencia.



**Curso de Formación para enfermer@s de referencia en prácticas
clínicas.
Grado de Enfermería de la UJI.**

Fecha: 6 de Marzo de 2014.

Lugar: Salón de Actos de la Facultad de Humanas. (Aula HA1012CC)

Contenidos:

16:00. Bienvenida y presentación.

Dr. Rafael Ballester Arnal. Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UJI.

Dn. Eladio J. Collado Boira. Vicedecano del Grado de Enfermería.

Dra. María Isabel Orts Cortes. Directora del Departamento de Enfermería.

16:15- 16:45. Contextualización de las prácticas clínicas en el Grado.

Dra. María Isabel Orts Cortes. Directora del Departamento de Enfermería.

- o El EEES y los niveles académicos.
- o El grado de Enfermería de la UJI.

16:45-18:30. Método educativo clínico para adquirir las competencias.

Dra. Azucena Pedraz. Universidad Autónoma de Madrid.

- o Concepto de evaluación y de competencia.

18:30- 19:00. Pausa café.

19:00- 20:00. Las prácticas clínicas en la titulación de Enfermería.

Dn. Eladio J. Collado Boira. Vicedecano del Grado de Enfermería

- o La integración del sistema sanitario en la formación sanitaria.
- o Requisitos legales de las prácticas clínicas externas.
- o Figuras implicadas en las prácticas clínicas.
- o El enfermero de referencia y la tutorización de las prácticas clínicas.
- o Perfil del enfermero de referencia.
- o Funciones del enfermero de referencia.
- o Prestaciones de la UJI al enfermero de referencia.

20:00-20:30 Turno de preguntas.





Curso de Formación para Enfermería de Referencia en prácticas clínicas.

Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I

Taller de Práctica Basada en la Evidencia (PBE)

Fecha: 13 ó 20 de Marzo de 2014.

Lugar: Aula de Informática HD0213AI (Edificio Ciencias de la Salud)

Introducción:

La Práctica Basada en la Evidencia (PBE) propone combinar metodológicamente la experiencia del profesional en salud, las circunstancias del paciente/cliente con los resultados de la investigación más actual de la situación clínica que enfrenta. La ventaja es indiscutible: el profesional puede tomar mejores decisiones. La PBE constituye un proceso dinámico que discurre a lo largo de una serie de fases compuesto por diferentes etapas. Este proceso, se inicia en lo que Melnyk (2009) denomina “*Spirit of inquiry*” entendiéndose este término como la curiosidad del clínico por emplear de una forma continua la mejor evidencia disponible con la que poder tomar las decisiones clínicas y mejorar los resultados de salud del paciente, comunidad.

En la memoria de verificación de la titulación de Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I, se establece el objetivo siguiente:

“Basar las intervenciones de la enfermería en la evidencia científica y en los medios disponibles”

Este objetivo viene materializado en las siguientes competencias:

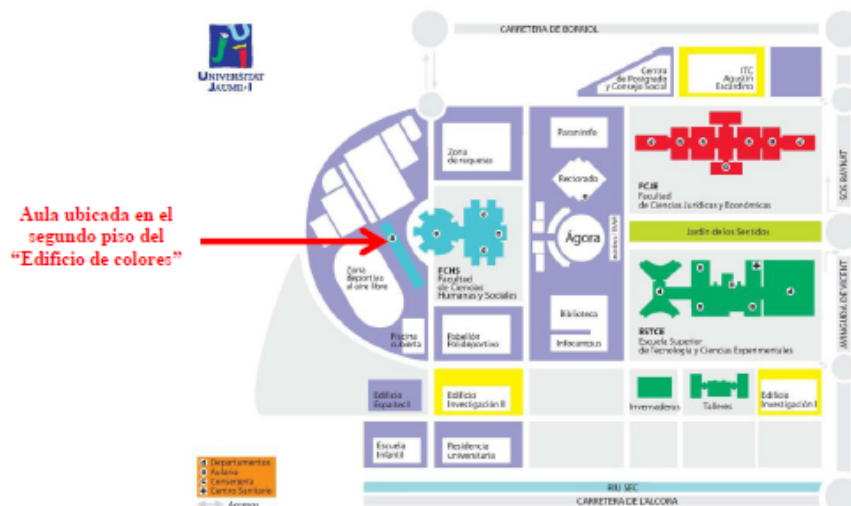
- **T01. Capacidad de hacer valer los juicios clínicos para asegurar que se alcanzan los estándares de calidad y que la práctica está basada en la evidencia.**
- **PC Competencia práctica clínica/tutelada: Incorporar en la práctica clínica, en instituciones sanitarias y no sanitarias (acreditadas que se ajusten a la consecución de objetivos de aprendizaje) y en entornos comunitarios, los valores profesionales, competencias de comunicación asistencial, razonamiento clínico y juicio crítico, integrando los conocimientos, habilidades y actitudes de la enfermería, basados en principios y valores, asociados a los objetivos generales del título y en las competencias específicas que conforman la materia.**

Debido a lo anteriormente expuesto, y con la intención de formar a los alumnos del Grado en Enfermería, futuros profesionales clínicos con capacidad de juicio y pensamiento crítico que basen sus actuaciones en la mejor evidencia disponible, se

pretende que los profesionales que tutoricen el aprendizaje de esos futuros profesionales estén trabajando en esa misma línea y teniendo al alcance la mejor información con la última investigación actualizada.

Contenidos:

- ✚ **16:00. Bienvenida y presentación.**
Dra. María Isabel Orts Cortés. Directora del Departamento de Enfermería.
Dn. Pablo Salas Medina. Profesor Ayudante del Dpto. de Enfermería.
Dña. Desirée Mena Tudela. Profesora Ayudante del Dpto. de Enfermería.
- ✚ **16:15- 16:45. Introducción a la investigación.**
Dra. María Isabel Orts Cortés. Directora del Dpto. de Enfermería.
Dña. Desirée Mena Tudela. Profesora Ayudante del Dpto. de Enfermería.
 - Investigación y práctica en enfermería.
 - Determinantes del uso de la investigación.
- ✚ **16:45- 17:45. Introducción a la PBE**
Dra. María Isabel Orts Cortés. Directora del Dpto. de Enfermería.
Dña. Desirée Mena Tudela. Profesora Ayudante del Dpto. de Enfermería.
 - Concepto de PBE.
 - Pregunta clínica estructurada.
 - Búsqueda de la mejor evidencia.
- ✚ **17:45- 18:00. Pausa café.**
- ✚ **18:00- 20:00. Taller práctico de Búsqueda Bibliográfica sobre PBE.**
Dn. Pablo Salas Medina. Profesor Ayudante del Dpto. de Enfermería.
Dña. Desirée Mena Tudela. Profesora Ayudante del Dpto. de Enfermería.



Anexo 5. Guía evaluación de los procesos asistenciales.

Proyecto formativo anexo al convenio de cooperación educativa entre:

- ☐ Conselleria de Sanidad, la Conselleria de Justicia y Administraciones Públicas, la Agència Valenciana de Salut, el Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón y la Universidad Jaume I, para la utilización de las instituciones y centros sanitarios en la docencia, asistencia e investigación universitarias en Ciencias de la Salud, con fecha de 7 de marzo de 2011.
- ☐ Universitat Jaume I de Castellón y HOSPITAL REY DON JAIME (CIF: B97203020) en materia de prácticas académicas externas, del 4 de enero de 2004.
- ☐ Generalitat, a través de la Conselleria de Benestar Social, y la Universitat Jaume I de Castelló para la realización de prácticas académicas de estudiantes universitarios, de 26 de abril de 2013.
- ☐ Universitat Jaume I de Castelló y Unión de Mutuas en materia de prácticas académicas externas de 23 de noviembre de 2012.

Tercer curso. Graduado/a en Enfermería. Curso académico 2013/2014.

Materia Bloque II: Cuidados de Enfermería en Procesos asistenciales.

- Asignaturas: Cuidados básicos de Enfermería (IN-1116). Cuidados de Enfermería en procesos osteoarticulares (IN1117). Cuidados de Enfermería procesos digestivos renales y endocrinos (IN1118). Cuidados de Enfermería en procesos cardiovasculares y respiratorios (IN1119)

Alumno:

Centro de prácticas:

Tutor por parte de la Universidad:.

Enfermero de referencia por el centro:

Periodo de prácticas: 17 de Marzo de 2014 al 20 de Junio de 2014

Nº total de horas: 390 Horas

Las competencias que el estudiante debe alcanzar serán las establecidas en la guía de la evaluación de las prácticas clínicas publicada en la página web: <http://www.uji.es>.

Los abajo firmantes se comprometen a respetar la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, así como la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

DNI:

DNI:

DNI:

Fdo.: Enfermera/o de Referencia

Fdo: Estudiante

Fdo.:

Profesor

tutor

Prácticas

Clínica

GUÍA DE LA EVALUACIÓN DE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS.

Bloque II: Cuidados Básicos de Enfermería. Cuidados en Procesos Osteoarticulares. Procesos Digestivos, Renales y Endocrinos. Cuidados en Procesos Cardiovasculares y Respiratorios.

Curso académico 2012/2013.

Segundo curso. Graduado/a en Enfermería

Estudiante:

Curso académico: 2013/2014.

Hospital:

Enfermera/o referente:

Periodo: 17 Marzo al 20 Junio 2014.

Profesor/a responsable de las asignaturas:

Asignaturas que se evalúan:

- Cuidados básicos de Enfermería
- Cuidados de Enfermería en procesos osteoarticulares
- Cuidados de Enfermería procesos digestivos, renales y endocrinos
- Cuidados de Enfermería en procesos cardiovasculares y respiratorios

Periodo práctico: Marzo, Abril, Mayo y Junio 2014.

Assignaturas/Asignaturas: Cuidados básicos de Enfermería en diferentes Procesos asistenciales Codi/Código: _____ Evaluación por competencias

COMP ¹	R.A. ²	HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN	CALIFICACION DE ACTIVIDADES	CALIFICADORES
<p>E08 Aplicar las tecnologías y sistemas de información y comunicación de los cuidados de salud.</p> <p>E09 Conocer los procesos fisiopatológicos y sus manifestaciones y los factores de riesgo que determinan los estados de salud y enfermedad en las diferentes etapas del ciclo vital.</p> <p>E18 Conocer y aplicar los principios que sustentan los cuidados integrales de enfermería.</p> <p>E29 Identificar las necesidades de cuidado derivadas de los problemas de salud.</p> <p>E30 Analizar los datos recogidos en la valoración, priorizar los problemas del paciente adulto, establecer y ejecutar el plan de cuidados y realizar su evaluación.</p> <p>E31 Realizar las técnicas y procedimientos de cuidados de enfermería, estableciendo una relación terapéutica con los enfermos y familiares.</p> <p>E33 Tener una actitud cooperativa con los diferentes miembros del equipo</p> <p>Conocimiento de una lengua extranjera</p> <p>Informática relativa al ámbito de estudio</p> <p>Comunicación oral y escrita en lengua nativa</p> <p>T01. Capacidad de hacer valer los juicios clínicos para asegurar que se alcanzan los estándares de calidad y que la práctica está basada en la evidencia.</p>	<p>I)Ser capaz de obtener datos relevantes a través de la historia clínica y entrevista al paciente/familiar.</p> <p>(I)Ser capaz de llevar cabo las actividades básicas en la atención a los pacientes (higiene paciente y cama, ropa adecuada, alimentación, eliminación, movilización, reposo-actividad-sueño y atención psicosocial.</p> <p>(I)Ser capaz de realizar y rellenar una valoración de las necesidades y problemas de salud, así como la toma de constantes vitales, y otros (ingesta, orina, heces, glucosa) interpretando y analizando los datos.</p> <p>(I)Ser capaz de realizar un seguimiento diario de los cambios experimentados por el paciente, explicando y analizando su evolución y las intervenciones realizadas.</p>	Observación (Total 25%)	<p>1ª Entrega pareja: (0-10): ____ puntos = ____ %</p> <p>2ª Entrega pareja: (0-10): ____ puntos = ____ %</p> <p>3ª Entrega pareja: (0-10): ____ puntos = ____ %</p> <p>4ª Entrega pareja: (0-10): ____ puntos = ____ %</p> <p>Defensa pública: (0-10): ____ puntos = ____ %</p> <p>TOTAL OBSERVACIÓN:</p> <p>(0-10): ____ puntos = ____ %</p>	<p>Enfermero/a Referente PPC. Firma:</p> <p>Fecha y lugar:</p>
		Registros (Total 25%)	<p>Registros pareja: (0-10): ____ puntos = ____ %</p> <p>Aportación individual: (0-10): ____ puntos = ____ %</p> <p>TOTAL MEMORIA:</p> <p>(0-10): ____ puntos = ____ %</p>	<p>Profesor/a Responsable Parte Teórica. Firma:</p> <p>Fecha y lugar:</p>
		TOTAL: 50%	CALIFICACIÓN TOTAL: (0-10): ____ puntos = ____ %	

PLANILLA DE EVALUACIÓN SEMANAL POR ACTIVIDADES

Assignatura/Asignatura: Cuidados básicos y procesos asistenciales adultos Codi/Código: _____

CERO, PRIMERA, SEGUNDA Y TERCERA SEMANAS.

COMP ¹	R.A. ²	ACTIVIDADES ³ . FASE DE PREPARACIÓN Y VALORACIÓN. Informe de Seguimiento DSC Estudiantado/profesorado	EVALUACIÓN ⁴	
			Observación	Informe
E08 E09 E018 E29 E30 E31 E33 T01	(I)Ser capaz de llevar cabo las actividades básicas en la atención a los pacientes (higiene paciente y cama, ropa adecuada, alimentación, eliminación, movilización, reposo-actividad-sueño y atención psicosocial.	Asistencia a reunión de prácticas clínicas (PC) con profesor/a responsable: presentación del trabajo a realizar: SEMANA 0		
		Conocer a la enfermera de referencia y a la compañera de prácticas. Identificar las 4 habitaciones dobles u ocho pacientes que de los que se ocuparan durante 3 meses		
		Conocer los registros y detectar si se ajustan a la previsión estudiada en las asignaturas		
		Realizar la higiene completa o asegurarse de que los pacientes tienen los cuidados relacionados con la higiene cubiertos		
		Identificar la alimentación de los ocho pacientes e identificar las diferencias...		
		Identificar la movilidad de los pacientes y sus posibles déficits.		
		Identificar déficits de autocuidado de respiración y deterioro de la piel		
		Conocer las pruebas exploratorias complementarias de cada paciente		
		Identificar cambios que experimentan en su autocuidados desde el ingreso hasta el alta hospitalaria		

Asignatura/Asignatura: Cuidados básicos y procesos asistenciales adultos Codi/Código:_____

CUARTA Y QUINTA SEMANAS.

COM P ¹	R.A. ²	ACTIVIDADES ³ . FASE DE PLANIFICACIÓN. Informe de Seguimiento DSC Estudiantado/enfermería de referencia/profesorado	EVALUACIÓN ⁴	
			Observación	Informe
E08 E09 E018 E29 E30 E31 E33 T01	Ser capaz de obtener datos relevantes a través de la historia clínica y entrevista al paciente/familiar.	Asistencia a reunión de prácticas clínicas (PC) con profesor responsable y la enfermera de referencia: explicación del trabajo a realizar		
		Realizar y presentar una entrevista al ingreso del paciente con la valoración de déficits. Al total de 8 pacientes las dos estudiantes		
		Planificar actividades que necesitan los pacientes valorados		
		Ejecutar bajo la supervisión de una enfermera clínica las actividades previstas		
		Evaluar al alta del paciente el resultado de las actividades		
		Conocer las técnicas invasivas de acuerdo a guías de práctica clínica		

Asignatura/Asignatura: Cuidados básicos y procesos asistenciales adultos Codi/Código:_____

SEXTA, SÉPTIMA Y OCTAVA SEMANAS.

COM P ¹	R.A. ²	ACTIVIDADES ³ . FASE DE EJECUCIÓN.	EVALUACIÓN ⁴	
			Observación	Informe
E08	Ser capaz de realizar y rellenar una valoración de las necesidades y problemas de salud, así como la toma de constantes vitales, y otros (ingesta, orina, heces, glucosa) interpretando y analizando los datos.	Iniciar la recogida de información diaria		
E09		Presentar los resultados obtenidos a la enfermera de referencia		
E018		Exposición de las dificultades encontradas (grupales, individuales, etc.)		
E29		Realizar bajo la supervisión de la enfermera clínica actividades relacionadas con las necesidades derivadas de los procesos asistenciales		
E30		Realizar una sesión clínica sobre dos de los pacientes tratados		
E31		Evaluar el resultado de los cuidados de enfermería y compararlo con los estándares de la bibliografía en el entorno de la Unión Europea		
E33	(I)Ser capaz de realizar un seguimiento diario de los cambios experimentados por el paciente, explicando y analizando su evolución y las intervenciones realizadas.			
T01				

Asignatura/Asignatura: Cuidados básicos y procesos asistenciales adultos Codi/Código:_____

NOVENA, DÉCIMA Y DECIMOPRIMERA SEMANA

COMP ¹	R.A. ²	ACTIVIDADES ³ . FASE DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES. Informe de Seguimiento DSC Estudiantado/Enfermería de referencia/profesorado	EVALUACIÓN ⁴	
			Observación	Informe
E08	Ser capaz de realizar y rellenar una valoración de las necesidades y problemas de salud, así como la toma de constantes vitales, y otros (ingesta, orina, heces, glucosa) interpretando y analizando los datos.	Evaluar resultados de actividades		
E09		Comunicarse con paciente y entorno		
E018		Conocer la evolución de los procesos asistenciales de los ocho pacientes		
E29		Identificar la mejor evidencia disponible sobre los cuidados administrados		
E30		Conocer los sistemas de información de la unidad asistencial con el resto del hospital		
E31		Identificar déficits relacionados con el proceso asistencial y relacionados con la edad		
E33		Informar de/Detallar las tareas ha realizado cada componente del GT y cuánto tiempo ha dedicado		
T01		Entregar el Informe de Seguimiento del DSC antes del viernes 11ª SEMANA		
	(I)Ser capaz de realizar un seguimiento diario de los cambios experimentados por el paciente, explicando y analizando su evolución y las intervenciones realizadas.			

DUODÉCIMA SEMANA.

COMP ¹	R.A. ²	ACTIVIDADES ³ . FASE DE PUBLICITACIÓN. Informe de Seguimiento DSC	EVALUACIÓN ⁴	
			Observación	Informe
E09 E018 E29 E30 E31 E33 T01	Ser capaz de realizar y rellenar una valoración de las necesidades y problemas de salud, así como la toma de constantes vitales, y otros (ingesta, orina, heces, glucosa) interpretando y analizando los datos. (I)Ser capaz de realizar un seguimiento diario de los cambios experimentados por el paciente, explicando y analizando su evolución y las intervenciones realizadas.	Exponer públicamente el DSC ante los implicados y los/las enfermeros/as referentes		

EVALUACIÓN DE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS:

La evaluación de las prácticas clínicas se realizará siguiendo la siguiente metodología:

- Observaciones aportadas por la Enfermera de Referencia → 25%
- Registros electrónicos reportados por el estudiante de forma periódica durante las prácticas clínicas → 12,5%
 - Los registros se realizarán de forma periódica, cada vez que se produzca un nuevo ingreso. Hay que tener en cuenta que en el mismo registro hay que anotar el seguimiento del paciente durante su ingreso y, además, realizar la planificación al alta tal y como se ha explicado y trabajado en el aula.
- Desarrollo del Diario Reflexivo semanal junto con el cuaderno de “Seguimiento y evaluación de los Cuidados Básicos basados en la evidencia” → 12,5%
 - El Diario Reflexivo será enviado de forma SEMANAL al tutor UJI asignado durante el periodo práctico. Especificaciones del diario:
 - Formato Word o PDF.
 - Tipo de letra Time New Roman.
 - Tamaño 11.
 - Extensión máxima 1 folio.
 - Cuaderno de “Seguimiento y evaluación de los Cuidados Básicos basados en la evidencia”:
 - Se adjuntará de forma SEMANAL junto con el diario, al tutor asignado durante el periodo práctico.
 - Se rellenará de forma COMPLETA cada parrilla.
 - Se adjuntará EN EL MISMO CORREO al tutor UJI asignado para su corrección.

Anexo 6. Cuestionario CACH-PBE

CUESTIONARIO DE COMPETENCIAS EN PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA (CACH-PBE)

Validación publicada en: Ruzafa-Martinez, M., Lopez-Iborra, L., Moreno-Casbas, T., & Madrigal-Torres, M. (2013). Development and validation of the competence in evidence based practice questionnaire (EBP-COQ) among nursing students. *BMC Medical Education*, 13(1), 19. doi:10.1186/1472-6920-13-19

El objetivo de este estudio es conocer mediante tus respuestas al cuestionario CACH-PBE, tu autopercepción sobre los conocimientos, habilidades y actitudes ante la práctica basada en la evidencia.

No se trata de un examen, simplemente pretendemos conocer tu opinión al respecto para poder aplicar mejoras en tu formación durante el grado.

Para contestar a las preguntas, únicamente tienes que **marcar con una X** la respuesta que consideres se ajusta más a tu opinión sobre lo que se pregunta.

- Cada pregunta no admite más que una respuesta.
- En caso de que te equivoques vuelve a señalar con una X la respuesta que consideres más adecuada y redondéala con un círculo (consideraremos válida la que lleve el círculo).

	Escala de ACTITUD ante la Práctica basada en la Evidencia (PBE)	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
A1	La PBE ayuda en la toma de decisiones en la práctica clínica.	5	4	3	2	1
A2	Confío en poder evaluar críticamente la calidad de un artículo científico.	5	4	3	2	1
A3	La aplicación de la PBE permitirá definir mejor el rol enfermero.	5	4	3	2	1
A4	El contrato de enfermería debería incluir tiempo para la lectura y valoración de la literatura.	5	4	3	2	1
A5	La aplicación mayoritaria de la PBE permitirá aumentar la autonomía respecto a otras profesiones.	5	4	3	2	1
A6	Me agradaría mucho que cuando trabaje como enfermera se esté aplicando la PBE.	5	4	3	2	1
A7	La práctica de la PBE mejora el cuidado del paciente.	5	4	3	2	1
A8	Desearía poder contribuir a la aplicación de la PBE en un futuro.	5	4	3	2	1
*A9	La lectura de artículos científicos no me interesa.	5	4	3	2	1
*A10	Los cambios que experimentarán los cuidados con la aplicación de la PBE serán mínimos.	5	4	3	2	1
*A11	Me alegra que la PBE sea sólo una corriente teórica que no se pone en práctica.	5	4	3	2	1
A12	Si tuviera oportunidad realizaría un curso de PBE.	5	4	3	2	1
A13	Me gustaría tener mejor acceso a las evidencias científicas publicadas sobre enfermería	5	4	3	2	1

	Escalas de CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES en enfermería basada en la evidencia (EBE)	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
H1	Me siento capaz de plantear una pregunta clínica para iniciar la búsqueda de la mejor evidencia científica.	5	4	3	2	1
*H2	No me siento capaz de realizar búsquedas de evidencia científica en las principales bases de datos de ciencias biosanitarias.	5	4	3	2	1
*H3	No me siento capaz de buscar la información científica acerca del tema en los repertorios bibliográficos más importantes.	5	4	3	2	1
H4	Me siento capaz de evaluar la calidad de un artículo científico.	5	4	3	2	1
*H5	No me siento capaz de analizar si los resultados obtenidos en un estudio científico son válidos.	5	4	3	2	1
H6	Me siento capaz de analizar la utilidad práctica de un estudio científico.	5	4	3	2	1
C1	Conozco cómo formular preguntas clínicas estructuradas según el formato PICO (paciente, intervención, comparación y resultado).	5	4	3	2	1
C2	Conozco las principales fuentes que ofrecen la información revisada y catalogada desde el punto de vista de la evidencia (Joanna Briggs, Conchrane Library, Evidence Based-Nursing, etc)	5	4	3	2	1
*C3	No conozco las características más importantes de los principales diseños de investigación.	5	4	3	2	1
C4	Conozco los distintos niveles de evidencia de los diseños de los estudios de investigación.	5	4	3	2	1
*C5	No conozco los distintos grados de recomendación respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria.	5	4	3	2	1
C6	Conozco las principales medidas de asociación (RR, OR, etc...) y medidas de impacto potencial (NNT, NND, diferencia de riesgos, reducción del riesgo relativo, etc...) que permiten evaluar la magnitud del efecto analizado en los estudios de investigación.	5	4	3	2	1

Los ítems con asterisco (*) están redactados en sentido inverso, habrá que invertirlos para su posterior análisis.

Anexo 7. Trabajos

Trabajos a realizar y entregar en la asignatura de Cuidados Básicos de Enfermería

Primer trabajo:

El primer trabajo requerido se trata de un trabajo individual que versará sobre uno de los siguientes temas, a elegir por el alumno:

- Cuidados de enfermería al ingreso del paciente en una unidad de hospitalización.
- Preparación y limpieza del carro de curas.
- Cuidados de enfermería ante un paciente con dolor.

Se deberá realizar, en base a uno de los temas expuestos, un protocolo de actuación para Graduados en Enfermería. Este protocolo constará de los siguientes apartados:

- Definición.
- Objetivos.
- Material necesario.
- Material complementario.
- Procedimiento.
- Bibliografía.

Para la evaluación de dicho trabajo se tendrá en cuenta lo siguiente:

- La presentación del trabajo se realizará en archivo Word o PDF adjuntando el documento antes de que finalice el plazo destinado para tal fin en Aula Virtual.
- La letra a usar será Times New Roman tamaño 12 puntos o Arial 11 puntos, ambas con interlineado de 1,5.
- La extensión máxima de todo el contenido del trabajo deberá ser de 3 folios.
- Se evaluará:
 - Presentación.
 - Contenido.
 - Faltas de ortografía.
 - Respeto a las normas ofrecidas para realizar el trabajo.
 - Respeto a las normas Vancouver para la bibliografía.
 - Lenguaje utilizado y conclusiones relevantes del alumno.

Segundo trabajo:

Este segundo trabajo se realizará de forma grupal; mediante grupos establecidos por la profesora responsable de la asignatura.

Tras la exposición de la parte del temario en el aula de “Cuidados de Salud Basados en la Evidencia”, se planteará a cada uno de los grupos establecidos una pregunta PICO que deben resolver mediante la metodología enseñada en el aula y a través de las bases de datos tratadas.

Una vez resuelta dicha pregunta PICO, se expondrá de forma pública (en el aula) para que el resto de los compañeros obtengan la información más actualizada y evidente posible de los cuidados designados a los diferentes grupos. Esta exposición podrá ser realizada por un solo miembro del grupo, teniendo en cuenta que, en cualquier momento, la profesora de la asignatura y/o profesores presentes pueden requerir la intervención de otro componente del mismo.

Tercer trabajo:

El tercer trabajo tratará sobre la aplicación práctica de las escalas de valoración y seguimiento del proceso de enfermería. Además, se tendrá en cuenta la correcta cumplimentación de registros de enfermería.

Para realizar este trabajo, el alumno acudirá al aula de laboratorio el día que se trate dicho tema de registros (03/03/2014) con el dossier organizativo de la asignatura de cuidados básicos impreso para la cumplimentación y posterior entrega del mismo.

Además, el día 12/03/2014 se realizará, de nuevo una aplicación práctica de dichos registros con la intención de afianzar conocimientos antes de trasladar nuestros conocimientos a las prácticas clínicas.

Este segundo trabajo no requiere más que:

- Acudir al aula con la documentación impresa.
- Prestar atención en cómo rellenar la documentación.
- Aplicar las escalas de forma adecuada al caso clínico.
- Entrega del dossier antes de abandonar el aula.
- Este dossier deberá ser entregado de forma individual.

Anexo 8. Evaluación de los registros electrónicos.

Cuidados de enfermería en procesos asistenciales. Evaluación de los registros.



Hospital: _____; **Planta:** _____

Estudiantes (4): _____

ITEMS	Insuficiente (0)	Suficiente (0,5)	Excelente (1)
▪ ¿En la valoración inicial el motivo de ingreso se ajusta al tipo de ingreso?			
▪ ¿Se han registrado los antecedentes (médicos, quirúrgicos, alergias) completos de los usuarios			
▪ ¿En la valoración al ingreso se utiliza la expresión “no refiere” o similar en lugar de dejar los recuadros en blanco?			
▪ ¿Se ha realizado la exploración física del paciente al ingreso?			
▪ ¿Se ha realizado una valoración de los riesgos de la hospitalización al ingreso (Morse, APGAR, Braden, NSI)?			
▪ ¿Existe un registro por turno de la EVOLUCIÓN del paciente?			
▪ ¿Se han registrado las actividades planificadas durante todos los días de estancia			
▪ ¿En el informe de alta se utiliza la expresión “no refiere” o similar en lugar de dejar los recuadros en blanco?			
▪ ¿Se diferencia de forma clara entre diagnóstico médico y diagnóstico de cuidados en el informe de alta?			
▪ ¿El lenguaje utilizado en la redacción de los registros se corresponde con un lenguaje profesional y técnico?			
• TOTAL			
OBSERVACIONES:			

Anexo 9. Datos sociodemográficos.

Datos sociodemográficos

Curso: 2º ☐ 3º ☐

Sexo: Hombre ☐ Mujer ☐

Edad: _____

Otros estudios:

Aparte de la titulación que estas cursando ¿Posees otros estudios?

Sí ☐ No ☐

Si tu respuesta anterior es afirmativa ¿qué estudios tienes?:

FP Grado Medio ☐ FP Grado Superior ☐

Bachillerato ☐ Otros ☐

Determina qué título posees: _____

Experiencia laboral en el sistema sanitario:

¿Has trabajado en el sistema sanitario anteriormente?

Sí ☐ No ☐

Si tu respuesta anterior es afirmativa ¿Cuánto tiempo de experiencia tienes?:

Menos de un año ☐ Entre 2 y 5 años ☐

Más de 5 años ☐

¿Qué puesto ocupaste?:

Celador ☐ Auxiliar de enfermería ☐ Médico ☐

Otros: _____

Idioma:

¿Posees algún nivel de idioma acreditado? Sí ☐ No ☐

Idioma: Valenciano ☐ Inglés ☐ Francés ☐ Alemán ☐

Otros: _____

Nivel: A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2 ☐

Anexo 10. Consentimiento CACH-PBE.

Estimado/a alumno/a:

Estamos realizando un estudio sobre la metodología que recientemente hemos implantado sobre la Práctica Basada en la Evidencia (PBE).

Como bien sabéis, los estudios de Grado en Enfermería en la Universitat Jaume I son de nueva implantación y, por lo tanto, la metodología docente empleada para vuestro aprendizaje es totalmente innovadora. Teniendo en cuenta este punto, el fin de esta investigación es recoger, con tu ayuda, información que nos permita identificar áreas de mejora educativa que faciliten y ayuden al docente a impartir la PBE debido a que ésta os será de gran ayuda para realizar vuestro Trabajo de Final de Grado.

Para ello, es imprescindible que respondas con franqueza a las preguntas formuladas en el cuestionario siguiente:

¡No hay respuestas correctas o incorrectas!

¡Lo importante es tu opinión en cada una de las preguntas!

Este cuestionario es confidencial, pero debido al tratamiento de datos que vamos a dar a las repuestas obtenidas necesitamos tu alias de la UJI.

al _____

Si deseas mayor información o alguna aclaración no dudes en ponerte en contacto conmigo:

Desirée Mena Tudela

Telf. 964727744

Correo electrónico: dmena@uji.es

Antes de comenzar a responder el cuestionario, lee el siguiente cuadro:

La práctica basada en la evidencia (PBE) requiere la integración de la mejor evidencia de la investigación con nuestros conocimientos y experiencia clínica y con los valores y circunstancias únicas de nuestros pacientes. La práctica de la PBE incluye 4 pasos fundamentales:

- a) Formular preguntas clínicas contestables.*
- b) Traducir esas preguntas en búsquedas bibliográficas eficaces de la mejor evidencia.*
- c) Valorar de forma crítica esa evidencia por su validez e importancia.*
- d) Integrar la evidencia en la práctica clínica, según nuestra experiencia y los valores y preferencias de nuestros pacientes.*

(Straus, et al. Medicina Basada en la Evidencia. Cómo practicar y enseñar la MBE. Madrid: Elsevier, 2006)

INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACION

- Para contestar a las preguntas, únicamente tienes que marcar con una X la respuesta que consideres se ajusta más a tu opinión sobre lo que se pregunta.
- Cada pregunta no admite más que una respuesta.
- En caso de que te equivoques vuelve a señalar con una X la respuesta que consideres más adecuada y redondéala con un círculo (se considerará válida la que lleve el círculo).

***Anexo 11. Alfa si se elimina algún elemento del Cuaderno de Cuidados Básicos
Basados en la Evidencia.***

Semana 1. Alfa de Cronbach si se elimina el elemento	
¿Se toma la TA en ambos brazos de forma previa y nos quedamos con el valor más alto?	0,920
¿Se tiene en cuenta el tamaño del manguito para la toma de la TA?	0,921
¿Se tiene en cuenta el aumento progresivo de la presión del manguito hasta la desaparición del pulso apical?	0,920
¿Se pregunta al paciente si acaba de fumar antes de la toma de la saturación de oxígeno?	0,920
¿Se observa si el paciente lleva esmalte de uñas antes de la toma de la saturación de oxígeno?	0,921
En la toma de pulso, ¿se mide durante un tiempo determinado y se multiplica hasta obtener el pulso por minuto?	0,923
En cuanto a la temperatura corporal ¿Se considera que hay fiebre a partir de 38°C?	0,921
¿Se usan medidas físicas para paliar la fiebre además de la medicación pautaada?	0,922
¿Se tiene en cuenta la constante de frecuencia respiratoria?	0,922
Semana 2. Alfa de Cronbach si se elimina el elemento	
¿Existe en la unidad un plan de cambios posturales general?	0,917
¿Se levanta al paciente de forma progresiva para evitar los efectos de la hipotensión ortostática?	0,918
¿La movilización de pacientes se lleva a cabo entre varias personas?	0,919
¿Se tiene en cuenta la comodidad del paciente a la hora de cambiarlo de postura?	0,919
¿Dispone la unidad de celadores para realizar el cambio postural?	0,916
Cuando un paciente demanda moverse ¿se le ayuda de forma inmediata a realizar el cambio?	0,921
Ante un paciente autónomo ¿nos aseguramos de que tenga todo a mano para su propia movilidad y que posee los conocimientos para emplearlo? (por ejemplo en caso de necesitar andador)	0,918
¿Se realizan las transferencias de forma coordinada?	0,917
¿Se informa al paciente qué se va a realizar antes de empezar a moverlo?	0,917
¿Se tiene en cuenta la higiene postural del propio trabajador ante las movilizaciones y transferencias de los pacientes?	0,919

Semana 3. Alfa de Cronbach si se elimina el elemento	
¿Se tienen en cuenta las condiciones higiénicas de las habitaciones antes de entrar la comida a las mismas?	0,920
Antes de entrar la bandeja de comida a las habitaciones ¿se comprueba el tipo de dieta prescrita?	0,920
¿Se realizan los pertinentes controles glucémicos antes de iniciar la alimentación?	0,918
¿Se comprueba la cantidad de comida ingerida por cada paciente al retirar la bandeja?	0,918
Ante un paciente dependiente ¿se le presta ayuda para comer o se ofrece dicha ayuda?	0,918
¿Se toman precauciones para la broncoaspiración?	0,919
¿Es la enfermera la encargada de supervisar las dietas de cada paciente?	0,921
¿Se revisan a diario las dietas de los pacientes?	0,920
¿Se tiene en cuenta la cantidad de líquidos ingeridos en las comidas?	0,921
Aunque el paciente disponga de acompañante ¿se le presta ayuda para comer si presenta dificultades	0,920
Semana 4. Alfa de Cronbach si se elimina el elemento	
¿Se tiene en cuenta las horas de sueño imperturbado de cada paciente?	0,918
¿Se favorece el descanso de cada paciente individual cuando éste lo precisa?	0,920
¿Se cuida el ambiente para incrementar el descanso de los pacientes? (ruidos, luces, temperatura, etc.)	0,919
¿Se considera el control dolor como un elemento favorecedor para el descanso?	0,919
¿Se verifica la acción de la farmacoterapia administrada para cercionarse del correcto descanso?	0,919
¿Se mantiene un horario constante para la regulación del descanso del paciente?	0,921
¿Se “molesta” a los pacientes administrándoles medicación cuando están descansando?	0,921
¿Se tiene en cuenta el ambiente habitual de sueño del paciente para su descanso hospitalario?	0,919
¿Se presta atención al estrés psicológico del paciente ante el periodo de descanso?	0,918
¿Existe preocupación profesional por si los pacientes obtiene un descanso favorecedor?	0,919

Semana 5. Alfa de Cronbach si se elimina el elemento

En pacientes con riesgo de UPP ¿se realizan cambios posturales?	0,918
¿Se proporciona sólo aquella higiene que el paciente no puede hacer por sí solo?	0,921
Ante un paciente independiente ¿se supervisan y registran las actividades que realiza de higiene diaria?	0,920
¿Se prioriza en mantener la intimidad del paciente cuando se están realizando actos de higiene sobre el mismo?	0,917
¿Se realizan las higienes entre dos profesionales sanitarios?	0,918
¿Se solicita la colaboración del paciente así como se informa al mismo de las actividades que vamos a realizar?	0,918
¿Se registran las actividades de higiene de los pacientes?	0,919
¿Se prepara con antelación todo el material que se va a emplear para la higiene individual de cada paciente?	0,918
¿Se procede a la higiene bucal de cada paciente o al control de la misma tras cada comida? (anotar cómo se realiza cepillado, colutorios, etc.)	0,921

Semana 6. Alfa de Cronbach si se elimina el elemento

¿Se tiene en cuenta que algunos medicamentos influyen sobre la micción?	0,919
¿Se procede al control de la eliminación intestinal de los pacientes?	0,920
Ante un paciente con dificultad para la eliminación intestinal ¿se le aplican medidas no farmacológicas además de las pautadas por el médico?	0,920
Ante el paciente dependiente ¿se le ayuda en el uso de los dispositivos para la micción o defecación según su limitación?	0,920
¿Se anota la cantidad de orina obtenida tras cada micción en la gráfica pertinente?	0,917
Además de la cantidad ¿se tiene en cuenta otras características de la orina? (olor, color, presencia de elementos anormales, etc.)	0,919
Si se procede a la medición de la diuresis ¿se informa al paciente de dicho procedimiento y se solicita su colaboración?	0,919
¿Se alerta al profesional correspondiente ante una diuresis inferior a la esperada?	0,920
¿Se realiza el cambio de guantes entre pacientes cuando se está midiendo la diuresis?	0,920

Semana 7. Alfa de Cronbach si se elimina el elemento

¿Se coordinan las actividades de los diferentes profesionales con el fin de que el paciente tenga una mayor comodidad?	0,920
¿Se tienen en cuenta las situaciones físicas que pueden generar incomodidad?	0,919
¿Se favorece el uso de la distracción del paciente mediante lectura de libros, televisión, etc.?	0,918
Ante la detección de riesgo de caídas ¿se extrema la vigilancia de ese paciente aunque tenga acompañante?	0,920
¿Se instruye a la familia acerca de la importancia del lavado de manos para prevenir la infección antes de entrar a la habitación del paciente?	0,918
Al preparar un campo estéril ¿se tiene extremo rigor al abrir y manipular el material estéril?	0,917
¿Se permanece con el paciente cuando toma la medicación oral?	0,920

Semana 8. Alfa de Cronbach si se elimina el elemento

¿Se aplica la escala EVA para la medición del dolor?	0,918
¿Conocen los profesionales la escala FACES?	0,923
Además de la valoración subjetiva a través de una escala para medir el dolor ¿se tienen en cuenta los signos objetivos que evidencian el dolor?	0,919
¿Se emplean técnicas no farmacológicas para la reducción y control del dolor?	0,919
¿Se procede a la verificación de la efectividad de la analgesia tras administrar la misma?	0,920
¿Se hace uso de la escalera analgésica recomendada por la OMS para el tratamiento del dolor?	0,917
¿Se educa al paciente para que avise de la aparición del dolor antes de que este sea severo?	0,919
¿Se realiza una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, duración, frecuencia, calidad, intensidad del dolor y factores desencadenantes?	0,918
¿Se valora al menos una vez al día el nivel de dolor en cada uno de los pacientes?	0,918
¿Defienden los profesionales enfermeros un cambio en el plan de cuidados para cuando el manejo del dolor es inadecuado?	0,919
